



GUÍA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA DE TRASTORNO DEPRESIVO

Código: BU-G33 Versión: 01

COPIA NO CONTROLADA AL IMPRIMIR O DESCARGAR

1. OBJETIVO

Establecer los lineamientos para atención en el servicio de Psicología de los pacientes adolescentes, jóvenes y adultos con diagnóstico, tratamiento, remisión y seguimiento de trastornos de depresión, atendiendo severidad y comorbilidad.

2. RESPONSABLES

Los responsables de la implementación de esta guía son los profesionales de Psicología adscritos al área de salud de la Universidad del Magdalena.

3. NIVELES DE EVIDENCIA (1)

El análisis constante de la evidencia disponible desde la perspectiva de los diferentes escenarios clínicos permite establecer grados de recomendación para el ejercicio de procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y económicos en salud; e indica la forma de valorar el conocimiento en función de etiología, daño, morbilidad y complicaciones; pronóstico, historia natural y curso clínico de una enfermedad o evento de interés. Estos han de actualizarse permanentemente en relación con el avance del conocimiento, del desarrollo tecnológico y al estado del arte.

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

Figura 1. Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

Figura 2. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

Figura 3. Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC)

4. DEFINICIONES (2)

- **Depresión:** Es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociado a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento. Este trastorno es prominente, relativamente persistente e impregna todas las áreas de funcionamiento de una persona, de tal manera que afecta significativamente su productividad.
 - *Leve:* pocos síntomas, además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad funcional en las actividades de estudiante, sociales habituales o en las relaciones con los demás.
 - *Moderada:* síntomas de incapacidad funcional entre «leves» y «graves».
 - *Grave:* sin síntomas psicóticos. Varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades de estudiante, sociales habituales o en las relaciones con los demás.
- **Comorbilidad:** situación clínica en la que se produce la coexistencia de dos o más enfermedades o condiciones, como, por ejemplo, depresión y ansiedad.
- **Episodio Depresivo:** las personas presentan humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
- **Ideación Suicida:** pensamientos que pueden variar desde ideas como que la vida no merece la pena, hasta planes bien estructurados sobre cómo morir o intensas preocupaciones autolesivas.
- **Psicoeducación:** programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa: incluir hábitos saludables, uso del tiempo libre, lúdicas.
- **CIE-10:** criterios diagnósticos de investigación de la clasificación internacional 10^a edición.
- **DSM-5™:** Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, texto revisado.
- **H.C.:** Historia Clínica.
- **SIMSIS:** Sistema de Información para el manejo de los Servicios Integrales de Salud.
- **TCC:** Terapia Cognitivo Conductual.
- **TREC:** Terapia Racional Emotiva Conductual.
- **SENECTUD:** Vejez, ancianidad.

5. ETIOLOGÍA: existen tres tipos de factores etiopatogénicos, será el objetivo de esta guía la etiología biológica (3) :

- **Factores Biológicos:** se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino.
- **La hipótesis de las Aminas Biógenas:** se fundamenta en que la reserpina, alcaloide usado en el tratamiento de la hipertensión en los años 50, producía síntomas depresivos en un 15% de los pacientes tratados. Este efecto se asoció con una disminución de la serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro por inhibición de la captación del transmisor a través de las vesículas sinápticas en la célula presináptica.
- **Las Alteraciones Neuroendocrinas contribuyen a la Génesis Biológica de la Enfermedad Depresiva:** la depresión se asocia con signos de alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de corticotropina (ACTH) por la hipófisis, induciendo aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. La secreción de ACTH es tan importante en algunos pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal por medio de tomografía Axial Computarizada (TAC).
- **Las Alteraciones del Sistema Inmune se suman a las modificaciones Neuroendocrinas de la Depresión:** se ha demostrado una alteración del eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenales (HHS) mediada por citoquinas, que son mensajeros químicos diversos y potentes secretados por las células del sistema inmunológico, entre los cuales se encuentran los linfocitos, las células T, las células B, los monocitos y los macrófagos.

Los códigos de diagnóstico de la CIE-10 para la Trastornos Depresivos son:

F320	Episodio depresivo leve.
F321	Episodio depresivo moderado.
F322	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.
F323	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.
F328	Otros episodios depresivos.
F329	Episodio depresivo, no especificado.
F330	Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente.
F331	Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente.
F332	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos.

F333	Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos.
F334	Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
F338	Otros trastornos depresivos recurrentes.
F339	Trastorno depresivo recurrente, no especificado.
F341	Distimia

5.1. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA DEPRESIÓN (2)

Con la exposición de las diferentes teorías podemos ver que un caso de depresión puede ser visto desde diferentes ángulos ya sea como un trastorno, un tipo de personalidad, una manera de interpretar el mundo, una secuencia de acciones reforzadas o un resultado de un sistema de fuerzas en interacción. De igual manera el paciente y terapeuta tienen múltiples opciones para abordar su problemática.

a. *Enfoque Racional Emotivo Conductual (TREC):*

Define los síntomas depresivos como una enfermedad de los sentimientos, constituida por diferentes estados de ánimo que reflejan un sentimiento de malestar que afecta la forma habitual de pensar, sentir y comportarse del individuo. Albert Ellis (1910-2007) indica que las manifestaciones de los síntomas depresivos se deben a la interpretación corta que realiza la persona de sí mismo. Los síntomas depresivos se clasifican según el trastorno que el individuo manifieste en calidad, intensidad o gravedad:

- ✓ *Síntomas anímicos:* son estados que el sujeto suele experimentar según el evento que viva y la percepción que este produce.
- ✓ *Síntomas motivacionales-conductuales:* es la inhabilitación de la persona para practicar emociones positivas, puede manifestar dificultad en la toma de las determinaciones.
- ✓ *Síntomas Cognitivos:* se da a través de la memoria inadecuada, falta de agrupación de ideas y confianza en lo que el individuo ha aprendido en la vida, la no valoración de sí mismo.
- ✓ *Síntomas Físicos:* es la presencia física que el sujeto presenta, somatización de dolores, bajo peso, falta de sueño, cansancio inminente.
- ✓ *Síntomas Interpersonales:* se refiere a la falta de participación social, prefieren estar solos y seleccionan el aislamiento como mecanismo.

b. *Enfoque Conductual:*

Desde este enfoque es considerada la depresión como una enfermedad que corresponde a los trastornos psicológicos más severos. Tiene origen en una red indefinida de estímulos y respuestas asociadas a valoraciones negativas o a interpretaciones que corresponden a patrones de agresión o autoagresión, que

han sido vividos por el propio sujeto en circunstancias similares anteriores. Es decir, la depresión se constituye a través de reacciones y estímulos que en la mayoría de las ocasiones surge a partir de un conjunto de acontecimientos externos que mantienen los patrones de una persona deprimida.

c. Enfoque Cognitivo-Conductual:

En este caso la depresión es resultado de pensamientos inadecuados. Se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo, el futuro. Este modelo considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información.

d. Enfoque físico biológico:

Según esta teoría está originada por un desequilibrio de los neurotransmisores. Está demostrado que cuando estamos deprimidos tenemos ese desequilibrio y que cuando tomamos la medicación adecuada. Los neurotransmisores se equilibran y nuestro estado de ánimo cambia.

e. Enfoque dinámico psicodinámico:

La problemática de la depresión desde esta teoría está relacionada con las pérdidas objétales, conflictos entre el yo y el superyó y los vínculos interpersonales. Según esta conceptualización, la pérdida de un objeto y la ira interiorizada hacia él genera perturbaciones que se traducen en apegos tempranos y la pérdida percibida o real del objeto amado que lleva a sentimientos de frustración o de ira que se vuelven contra el mismo. La ira internalizada se manifiesta en autocrítica, vulnerabilidad ante la percepción de rechazo y continuos intentos de búsqueda de reaseguro e intimidad de otros. Los conflictos entre el yo y súper yo, afectan el proceso de identificación y las instancias psíquicas en las que se encuentran las normas morales y los ideales, perturbando los procesos de auto definición y los logros personales.

6. SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESIÓN (3)

La depresión es un trastorno de tipo afectivo caracterizado por la presencia de diferentes síntomas que tienen que ver con el estado de ánimo, la tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos.

Si las personas experimentan la presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representa un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer:

- * Ánimo bajo, que a diferencia de los adultos se manifiesta principalmente con irritabilidad.

- * Incapacidad para disfrutar de las cosas que le gustan.
- * Problemas para estar concentrados en comparación con el funcionamiento previo.
- * Fallas de atención.
- * Ideas de ser menos valiosos que otros.
- * Aislamiento.
- * Disminución del rendimiento académico.
- * Pérdida o aumento notable del apetito.
- * Labilidad emocional, llanto fácil.
- * Alteraciones en el sueño y la energía.
- * Dificultad para pensar en el futuro y cuando es grave puede haber ideación o intentos suicidas querer morirse o irse para siempre o síntomas de psicosis.
- * Pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas.
- * Síntomas físicos como dolor de cabeza, palpitaciones cardíacas o molestias abdominales.
- * Preocupaciones constantes lo que puede producir ansiedad y miedos infundados.
- * Alteraciones en la atención y en la concentración.
- * Distorsiones en la interpretación del mundo que rodea al paciente, de su propia situación y experiencias, etc.

7. CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN (4)

a. *Episodio Depresivo:*

El tipo más común y típico de depresión; puede empezar rápidamente en algunos días o más lentamente en algunas semanas, y suele tener una duración de varias semanas o meses. Algunos de los síntomas depresivos deben de estar presente de manera continua al menos durante dos semanas para poder hablar de un episodio depresivo. El paciente sufre decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de la actividad. Casi siempre decae la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida de apetito, de peso y de la libido.

b. *Episodio depresivo leve*

Paciente generalmente tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

c. Episodio depresivo moderado

El paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

d. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.

e. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Existe aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales rutinarias; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación e inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden ser o no congruentes con el ánimo. Este tipo de depresión es la llamada depresión psicótica o delirante. La depresión psicótica se caracteriza por ideas o pensamientos falsos (delirios) y, a veces también por alucinaciones. Los delirios suelen estar centrados en sentimientos de culpa desproporcionados (por ejemplo, “sólo soy una carga para mi familia” o “he cometido un error terrible”), o centrados en un miedo exagerado de estar económicamente arruinados (delirio de pobreza), o centrado en el miedo exagerado de padecer una enfermedad severa e incurable (delirio hipocondriaco). Los delirios suelen estar presentes, aunque haya evidencia de lo contrario (por ejemplo, disponer de dinero suficiente). Los pacientes con depresión psicótica casi siempre necesitan ingresar en una unidad de psiquiatría debido a la severidad de este trastorno y al alto riesgo de suicidio.

f. Trastorno depresivo recurrente

Caracterizado por episodios repetidos de depresión. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra episodio de manía no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado. Si esto ocurre, debe modificarse el diagnóstico por el trastorno afectivo bipolar.

g. Distimia

Se caracteriza por la sintomatología depresiva menos severa en comparación con la de un episodio depresivo recurrente. A pesar de esto, el trastorno se inicia normalmente en la adolescencia y es persistente, ya que los síntomas suelen durar desde al menos dos (2) años hasta décadas. Algunas personas con este trastorno a veces sufren adicionalmente episodios depresivos.

f. Depresión Atípica

Estos pacientes muestran incremento del apetito y la ingestión de alimentos e incremento de la necesidad de dormir (hipersomnolencia).

g. Trastorno afectivo estacional (SAD)

Muestran los síntomas atípicos descritos en la depresión atípica y, además, los sufren solamente durante una cierta estación del año, en la mayoría de los casos en otoño o invierno. Normalmente, cuando las fases depresivas acaban, la persona suele volver a su estado anímico y funcionamiento normal.

8. COMORBILIDAD O PATOLOGÍAS RELACIONADAS (2)

Los trastornos de la depresión comparten síntomas de manera significativa con los trastornos de ansiedad, estrés postraumático, duelos, enfermedades médicas, alteraciones del sueño, bajo rendimiento académico, algunas clasificadas en el Eje IV- psicosociales y ambientales múltiples.

- Problemas Relativos al grupo primario de apoyo.
- Problemas relativos al ambiente social.
- Problemas relativos a la enseñanza.
- Problemas laborales-Problemas de vivienda.
- Problemas económicos.
- Problemas relacionados con circunstancias psicosociales como epidemias y pandemias.
- Otros problemas psicosociales y ambientales.

El abuso o la dependencia del alcohol y de otras sustancias también pueden ser coexistentes con la depresión. De hecho, investigaciones han indicado la coexistencia de trastornos del ánimo y la adicción a sustancias.

La depresión a menudo coexiste con otras condiciones médicas como enfermedad cardíaca, derrame cerebral, cáncer, VIH/SIDA y diabetes.

9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

▪ **Criterios de Inclusión**

Cumplir con los requisitos exigidos por la división de PAP Psicología de la Universidad del Magdalena para acceder a los servicios.

▪ **Criterios de Exclusión**

- Cuando el paciente presenta problemas psiquiátricos de marcado deterioro.
- Acudir a la cita de forma obligada.

- Acudir embriagado o bajo el efecto de algún tipo de sustancias psicoactivas.
- No incluir los síntomas que son claramente debido a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

10. CRITERIOS DE REMISIÓN (4)

La derivación a otros profesionales se recomienda en los casos en que se requiere tratamiento farmacológico de los síntomas asociados a la depresión, cuando existen serias dificultades familiares que obstaculizan el proceso y cuando se requiere mejorar las redes de apoyo.

- Psiquiatría: se remiten los pacientes con intentos o ideación suicida, y aquellos que tengan síntomas severos y persistentes, como insomnio, pérdida del apetito y aislamiento; depresión moderada o grave.
- Trabajo Social: en caso de presentarse una disfuncionalidad familiar moderada o severa y/o ante la inexistencia de redes de apoyo.
- Psicopedagogía: cuando se presenta dificultades de carácter académico y déficit de atención y concentración.

11. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO (2)

Para hacer el diagnóstico el paciente debe presentar los síntomas en el tiempo y la cantidad indicados. Se puede hacer uso de dos clasificaciones: los criterios DSM-5™ o de la CIE-10 que son:

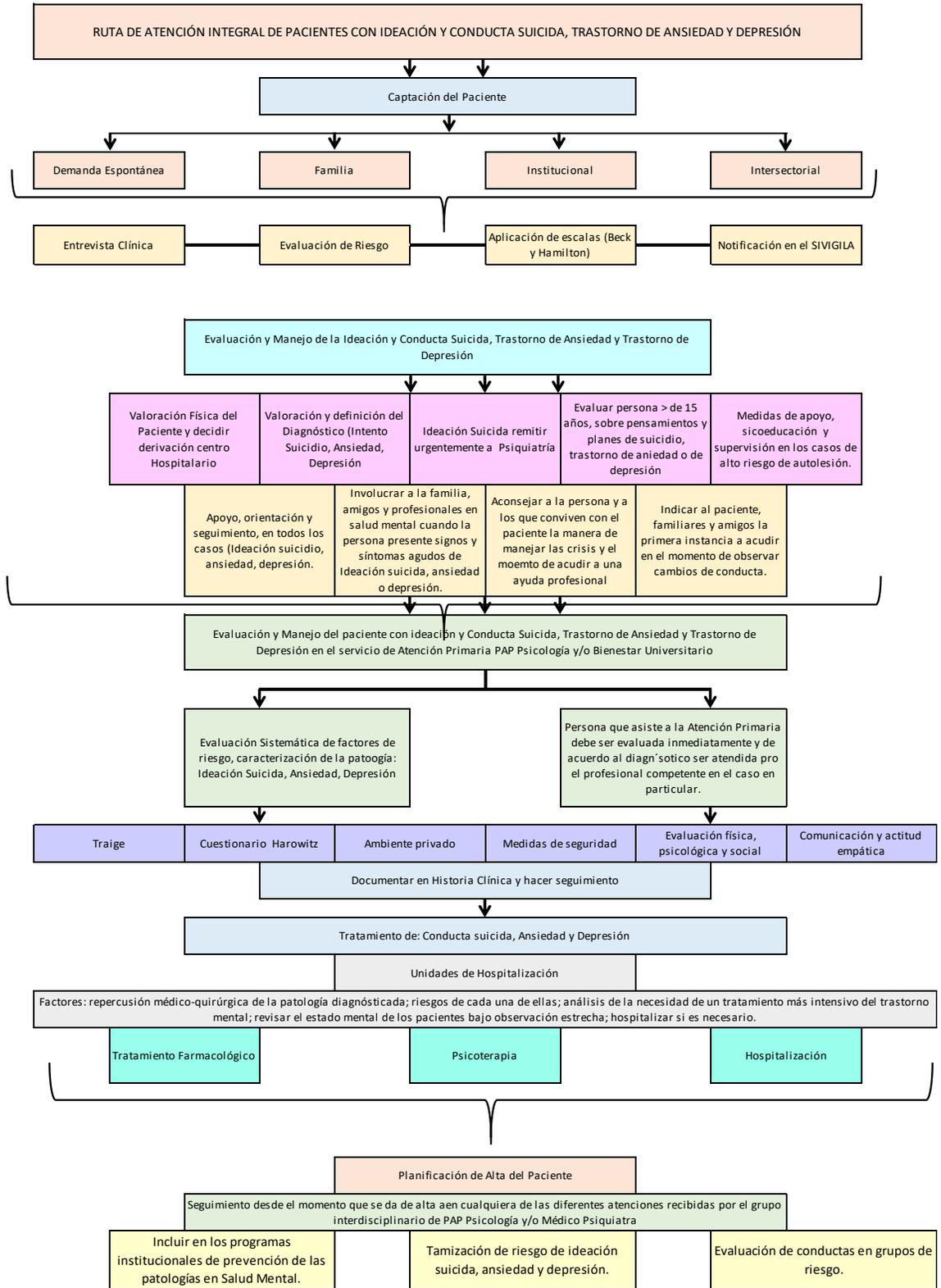
- A. El Episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
- B. No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios del episodio hipomaniaco o maniaco en ningún período de la vida del individuo.
- C. Criterios de exclusión con más frecuencia: el episodio no es atribuible al uso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.

La CIE-10 contiene criterios diagnósticos diferentes para cada nivel:

- Un mínimo de 4 de los 10 síntomas define el nivel leve;
- De 6 a 10 síntomas, el nivel moderado y
- De 8 a 10 el nivel grave.

12. CONTACTO INICIAL Y SOLICITUD DE ATENCIÓN

El contacto inicial del paciente con el servicio de Psicología de la Universidad del Magdalena puede ser por teléfono, internet y/o en persona. El paciente inicialmente solicita información relevante acerca de los servicios disponibles y decide la posibilidad de acceder a los mismos.



13. TRATAMIENTO

La atención individual para seguir con los pacientes que presenta síntomas asociados a un trastorno depresivo estará guiada por los siguientes pasos:

a. Primera Consulta (Sesión I)

El propósito fundamental del contacto clínico inicial consiste en atender los asuntos primordiales:

- Formalizar la relación paciente-psicóloga se constituyen en un equipo de trabajo alrededor de una meta común. A través de este proceso se llega al acuerdo de un horario, tiempo y espacio de encuentro, estipulando las responsabilidades y compromisos de cada una de las partes.
- Llenar la base de datos en el Sistema de Información para el Manejo de los Servicios Integrales de Salud de la Universidad del Magdalena, acerca de la persona que consulta.
- Diligenciar la Historia Clínica en donde deben estar consignados los antecedentes más importantes.
- Evaluar en forma general la problemática que presenta el paciente para establecer la hipótesis diagnóstica y proyectar el tratamiento de los problemas que presenta.
- Indagar ideación suicida.
- Acordar con el paciente el plan de tratamiento, las metas a conseguir. En este contacto clínico inicial el profesional que atiende al paciente tomará la decisión de referir o remitir el caso a otro profesional de psiquiatría u otra disciplina para su manejo especialista, interdisciplinario.

b. Psicoeducación

Esta sesión está orientada a la educación del paciente sobre su diagnóstico, causas, afrontamiento, comprensión del cuadro, resolución de dudas y acuerdos de un plan de terapia. Los resultados de este proceso pueden conducir a la remisión psiquiátrica, para trabajo multidisciplinario entre ambos profesionales.

c. Modalidad de Terapia Individual

El plan de tratamiento y las metas para conseguir, el terapeuta elige una o varias de las siguientes técnicas a conducir:

- Terapia Conductual: La evaluación y diagnóstico consideraría que la persona con síntomas depresivos necesita un desaprender para reaprender. Para ello

utilizaría técnicas como la entrevista y los antecedentes del caso, así como observación y pruebas (5).

- **Psicología Cognitiva-TC:** Es la aplicación del modelo cognitivo a trastornos psicológicos específicos a través del uso de una variedad de técnicas diseñadas para modificar creencias disfuncionales y modos erróneos y procesamiento de la información que son característicos del trastorno.
- **Terapia Cognitiva-Conductual TCC:** se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptadas relacionadas con la depresión. Este modelo plantea la importancia de identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos. La terapia se divide en tres temas, cada uno trabajado en cuatro sesiones. Las primeras cuatro sesiones trabajan con la influencia de los pensamientos en el estado de ánimo; las próximas cuatro sesiones van encaminadas a trabajar con aquellas actividades diarias que afectan el estado de ánimo. Las últimas cuatro sesiones se relacionan con el modo en que las interacciones con otras personas afectan el estado de ánimo.
- **Terapia relacionada con Emotiva Conductual (TREC):** se establece una primera aproximación a las relaciones entre acontecimientos activadores (A), creencias irracionales (B) y consecuencias emocionales (C). A continuación, se fijan las metas globales siguiendo el modelo teórico TREC. Un elemento fundamental de la TREC es el trabajo realizado fuera de las sesiones para evitar creencias arraigadas durante años; algunas de las técnicas más frecuentes son Autorregistros; el auto-debate y refutación de creencias.
- **Terapia Interpersonal:** aborda las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Busca comprender la forma en que nuestras relaciones nos afectan y también cómo otros problemas de salud mental pueden afectar nuestras relaciones. La hipótesis de esta terapia es que una vez que una persona es capaz de interactuar más eficazmente con las personas y el ambiente que le rodean, los síntomas psicológicos mejorarían.
- **Terapia Psicodinámica breve:** promueve el fortalecimiento yoico, generando cambios en las relaciones o vínculos afectivos del paciente, y aumentar su autoestima, así como disminuir la vulnerabilidad ante sentimientos de abandono y la tendencia a ser absorbido por la autocrítica. La primera fase de esta terapia incluye educación sobre la depresión, así como el desarrollo de un ambiente y alianza terapéuticos. Ayudar al paciente a entender los síntomas, las situaciones precipitantes y las opciones de tratamiento, pueden alentar un abordaje optimista y facilitar la motivación y el compromiso emocional. En la segunda fase del tratamiento, el terapeuta y el paciente pueden explorar los dos temas principales subyacentes a las bases de la depresión: los intensos sentimientos de pérdida y abandono y la internalización de la ira y el resentimiento causado por la experiencia de la pérdida. El objetivo es aumentar la conciencia de sí mismo y así alentar el cambio a las percepciones y las conductas. En la tercera fase, el terapeuta alienta al paciente a mantener la

conciencia de sí mismo o los nuevos patrones de sentimientos, percepciones y conductas desarrolladas recientemente, mientras explora las diferencias entre los patrones pasados y los nuevos y establece un plan para el futuro.

- **Terapia de Tercera Generación:** son el conjunto de terapias y tratamientos creados con el propósito de realizar una modificación de la conducta del paciente, pero desde un enfoque global y próximo a la persona más que al problema, teniendo en cuenta la vivencia del paciente de su problema y cómo el contexto social y cultural han producido que su conducta sea poco adaptativa. Las terapias de tercera generación se basan en el poder del contexto y del diálogo para conseguir dicha modificación a través de la aceptación del problema tanto por parte del paciente como del terapeuta.

Entre las terapias de tercera generación encontramos:

- **Mindfulness:** es prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar (6), además se puede definir como la capacidad de prestar atención de manera consciente a la experiencia del momento presente con interés, curiosidad y aceptación.
- **Terapia Analítica Funcional:** centra el análisis funcional de los patrones conductuales, explorando no solo la conducta problema, sino que finalidad tiene la conducta y que otros comportamientos son realizados con el mismo fin y haciendo hincapié en la relación terapéutica y la comunicación verbal, a la vez que se tiene en cuenta que la conducta está determinada por una gran cantidad de variables.
- **Terapia de aceptación y Compromiso:** su objetivo principal es ayudar al paciente a autodescribir sus valores fundamentales del paciente y ayudarlo aceptar el dolor de la búsqueda de una vida feliz; se trabaja sobre los valores sin evadir ni patologizar el sufrimiento. A través de la autoaceptación, la observación de qué pensamos y qué creencias nos provocan dichos pensamientos y el centramiento en lo actual se busca guiar a que el paciente se involucre y comprometa a seguir sus propios valores independientemente de lo que la sociedad imponga.
- **Terapia Conductual dialéctica:** se utiliza para ayudar a pacientes con graves problemas emocionales que les inducen a comportamientos autodestructivos, tales como automutilación o intentos de suicidio. Se basa en la aceptación y validación del sufrimiento del paciente para trabajar de manera dialéctica y a través de diversos módulos el control y gestión de emociones extremas e inestables. Se ayuda al paciente a confiar en sus emociones y pensamientos y se le ayuda a encontrar factores que le empujen a querer seguir adelante y a mejorar sus habilidades referentes a la auto-regulación emocional, tolerancia al malestar, autoobservación y manejo de las relaciones interpersonales.

- **Enfoque Humanístico Existencial**

Se concibe al hombre como un potencial a desarrollar para lograr la autorrealización. El no hacerlo puede conducir al hombre a la enfermedad. En cuanto a la forma de hacer evaluación y diagnóstico, se buscarían sus necesidades no resultas tales como las básicas, de seguridad, de pertenencia, de liderazgo, etc. Para orientarlas a la autorrealización.

- **Terapia Familiar:**

Se busca revisar los vínculos afectivos débiles, niveles elevados de criticismo, hostilidad familiar o psicopatología parental. En el trastorno depresivo mayor se invita a un familiar a ser parte de la Red de Apoyo al tratamiento. Se busca con ellos la expresión de emociones y afianzar valores, confianza.

- **Enfoque Humanista-Existencial:** se centra en buscar el sentido de la vida, un motivo para seguir adelante, el desarrollo de su potencial, ubicar a la persona en su discurso en el aquí y en el ahora desde donde afrontaría y aclararía sus problemas, establecería proyecciones y metas a lograr.

14. CRITERIOS DE TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

Se dará por terminado cuando el paciente presente uno o dos de las siguientes variables:

- Desaparición del 80-90% de los síntomas.
- Vinculación productiva en actividades cotidianas.
- Presencia de pensamientos adaptativos y funcionales.
- Presencia de estrategias de afrontamiento para resolución de problemas.

15. MANTENIMIENTO Y SEGUIMIENTO

Se le sugiere al paciente participar en actividades psicoeducativas de apoyo y asistir a controles periódicos como medidas preventivas de recaídas. Entre las actividades se encuentran:

- Participar, asistir a los Programas Preventivos del área de PAP Psicología.
- Formar parte de una red de apoyo, grupos juveniles de apoyo.
- Asistir con su familia a actividades de educación sobre la naturaleza y el manejo de las problemáticas.
- Participar en procesos de consejería integral y multidisciplinaria, las cuales se realizarán a través de varias estrategias definidas por el área de PAP Psicología de la Universidad del Magdalena.

16. REHABILITACIÓN DE LAS SECUELAS

Los pacientes que por las crisis experimentadas hayan abandonado sus actividades cotidianas y generando ruptura en sus vínculos afectivos, el terapeuta realizará acciones que permitan la reconstrucción de los vínculos, adquisición de hábitos saludables y establecimiento de dinámicas cotidianas más adecuadas.

17. INSUMOS REQUERIDOS

- ✓ Test Psicológico
- ✓ Bibliografías. Libros y Folletos informativos y educativos sobre depresión.
- ✓ Formatos de Historia Clínica y Registros diarios de atención a estudiantes, docentes, funcionarios.
- ✓ Formato de inscripción a grupos terapéuticos.
- ✓ Elementos de oficina.
- ✓ Medios didácticos para grupos terapéuticos.
- ✓ Elementos para el desarrollo de estrategias.

18. VERIFICACIÓN DE RESULTADOS

- ✓ Garantizar la disponibilidad de todo el recurso humano y técnico para cumplir el proceso.
- ✓ Garantizar el bienestar integral del paciente participante de los procesos.
- ✓ Promover los estilos de vida saludables.
- ✓ Satisfacción de los usuarios con las acciones, procedimientos e intervenciones realizadas.

19. MARCO LEGAL

No aplica para este documento.

20. BIBLIOGRAFIA

1. Mangterola C ALCOT. Revista Chilena de infectología. [Online].; 2014 [cited 2021 Abril 14]. Available from: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182014000600011#f1.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5TM. Quinta ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.

3. C. M. La Depresión y su Etiología: Una Patología Compleja. [Online].; 2004 [cited 2021 Agosto 03. Available from:
<http://caibco.ucv.ve/caibco/vitae/VitaeDieciocho/Articulos/Psiquiatria/ArchivosHTML/introduccion.htm>.
4. Universidad Industrial de Santander. Guía de Atención Psicológica de Trastorno Depresivo. [Online].; 2008 [cited 2021 Agosto 03. Available from:
https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/guias/GBE.39.pdf.
5. Phares EJ BCTB,CP. Psicología clínica: conceptos, métodos y profesión. Psicología. 2013 Julio; 4(8).
6. J. KZ. ¿Qué es Mindfulness? [Online].; 2021 [cited 2021 Agosto 04. Available from:
<https://www.mindfulness-salud.org/mindfulness/que-es-mindfulness/>.
7. Clinica Universidad de Navarra. Depresión: Cuando la depresión se reconoce pronto y se trata adecuadamente, generalmente responde bien al tratamiento. [Online].; 2021 [cited 2021 Agosto 03. Available from: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion>.

21. REGISTROS

- BU-F-004 Formato para el Registro Diario de Consultas de Salud y Desarrollo Humano.

22. REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica a la primera versión

<p>Elaboró</p> <p>Comité de calidad Servicios de Salud Unimagdalena 17/01/2022</p>	<p>Revisó</p> <p>Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 19/01/2022</p>	<p>Aprobó</p> <p>Jesús Suescún Arregocés Director Bienestar Universitario responsable de Bienestar Universitario 20/01/2022</p>
---	---	--