



AVIFES

Senideen eta Gaixotasun
Mentalaren Bizkaiko Elkartea
Asociación Vizcaína de Familiares
y Personas con Enfermedad Mental

La entrevista clínica: Guión y pautas

Escuela de Formación en Depresión

Proyecto

Polaris

SOBRE EL ABORDAJE DE LA
DEPRESIÓN, MODELO DE RESPUESTA
Y PROPUESTAS PARA AVANZAR

Cómo mantener una entrevista exploratoria para detectar síntomas depresivos: Guion y Pautas

VERSIÓN POBLACIÓN GENERAL Y
RECOMENDACIONES GRUPOS ESPECÍFICOS

OBJETO

Pautas y guion de contenidos para realizar una entrevista semiestructurada exploratoria para detectar síntomas depresivos en personas que acceden a las entidades sociales del ámbito de la salud mental, y orientar hacia las respuestas más adecuadas para abordar sus necesidades y establecer su seguimiento.

¿QUIÉN REALIZA LA ENTREVISTA?

Psicólogo/a clínico/a de la entidad con conocimiento especializado en depresión.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA

- La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, **también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático**, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.
- La **posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos**, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, tristeza, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas (culpa, hipocondría, ruina) alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. La base para distinguir estos cambios patológicos de los ordinarios, viene dada por la **persistencia de síntomas, su gravedad, y el grado de deterioro funcional y social**.
- Así, en muchas ocasiones los síntomas de depresión tienen formas de presentación atípica que dificultan el diagnóstico. Por ej. es frecuente que la presentación del episodio depresivo tenga unas características atípicas. El 69% de los pacientes con depresión en atención Primaria comunicaron a su médico únicamente síntomas somáticos (Simon et al., 1999). El dolor es un síntoma que acompaña frecuentemente al trastorno depresivo, de modo que hasta el 93% de los pacientes con depresión presentan al menos un síntoma doloroso. En otras ocasiones el paciente con depresión aqueja síntomas cognitivos como fallos de memoria o falta de concentración (que no se suelen atribuir a una disfunción cognitiva), alteración en las funciones ejecutivas, problemas de rendimiento en el trabajo e inseguridad, que van a generar cambios en el comportamiento habitual del paciente y dificultades en las relaciones sociales.
- **Muchas personas que niegan estar deprimidos no están ocultando sus sentimientos: en realidad los desconocen.** En personas la depresión es tan crónica, se ha incorporado tanto a su vida cotidiana, que **no pueden deslindar la tristeza de su estado anímico "normal"**.

Por todo ello, es fundamental:

- 1) Que la entrevista exploratoria **no pierda de vista todos los posibles síntomas y manifestaciones** de la persona que, aunque no citan explícitamente la "depresión", son elementos que contribuyen a identificar los motivos o causas que se esconden detrás y que pueden estar vinculados a una depresión.

- 2) Que la entrevista recoja información sobre posibles **factores de riesgo, desencadenantes del entorno, contexto o momento vital** de la persona, que puede favorecer la emergencia de síntomas de depresión.
- 3) Completar la entrevista a la persona con una **observación y escucha activa** relativa a su **aparición y comportamiento**, siendo fundamental una actitud proactiva de la persona/equipo que interviene.
- 4) **Completar la indagación con la perspectiva de otras personas** (familia o personas con quienes convive, capaces de identificar los cambios que se han producido en ella, que pueden evidenciar síntomas de depresión). Esto siempre que la persona lo consienta, siendo ella quien tiene que identificar con qué personas consiente que se realice esta indagación. Para ello es necesario explicarle la necesidad de conocer mejor su situación para poder ayudarlo, también para poder aportar pautas a sus familiares para apoyarlo.
- 5) Establecer un vínculo con la persona que permita el seguimiento en el tiempo (**longitudinalidad del apoyo**), ampliando el conocimiento de la persona y de su entorno para detectar los cambios que pueden llevar a identificación precoz de la depresión y/o de su agravamiento.

¿CUÁL ES EL MEJOR MOMENTO PARA REALIZAR LA ENTREVISTA CON LA PERSONA?

Uno de los signos diagnósticos más claros de la depresión es la tendencia de la persona deprimida a sentirse mejor a medida que transcurre el día. **Se recomienda citar a la persona temprano a la mañana**, cuando la depresión supuestamente está en su peor fase.

*** Se recomienda que la entrevista se realice en varias citas, abordando distintas cuestiones, y con el objeto de percibir los posibles cambios en la persona.*

¿CUÁLES SON LOS OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA?

1) Detectar si la persona presenta síntomas de depresión

2) Detectar sus necesidades de apoyo, orientarles a los recursos y apoyos disponibles más adecuados y establecer un plan de apoyo y seguimiento.

1) Detectar si la persona presenta síntomas de depresión

Esta detección se centra:

- 1) Tanto en los síntomas de depresión que la persona expresa o manifiesta (explícita o implícitamente) o que observan sus familiares o personas con quienes convive. Sus comportamientos diferenciales que evidencian que algo le está pasando.
- 2) Como en las posibles causas o situaciones desencadenantes de la depresión (factores de riesgo) y la importancia de atender a factores de riesgo específicos de determinados grupos poblacionales.

**Con respecto a los síntomas o comportamientos (alertas):

Desde el punto de vista científico, se recogen a continuación los síntomas de la depresión, teniendo en cuenta la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto – Ministerio de Sanidad, 2014 (que considera la CIE-10 y DSM 5).

Un episodio depresivo debe tener una **duración de al menos dos semanas** y siempre deben **estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas** considerados típicos de la depresión:

- 1) ánimo depresivo
- 2) pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- 3) aumento de la fatigabilidad

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE 10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de entecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos el 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE 10

A. Criterios generales para un episodio depresivo:

- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea menor que cuatro:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
- Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones de sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación de peso.

D. Puede haber o no síndrome somático.

Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.

Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.

Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Criterios diagnósticos de trastorno de depresión mayor según el DSM-5

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas (1) estado de ánimo depresivo (2) pérdida de interés o placer.

- (1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
- (2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días
- (5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
- (6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- (7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo)
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas)
- (9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efector fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante, y otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Hay que tener en cuenta que la depresión y los síntomas de la misma pueden manifestarse de forma diferente y especial en diferentes colectivos, especialmente en el colectivo infantojuvenil y en la población mayor, por lo que se recogen también cuestiones a tener en cuenta en este sentido y que deberían incorporarse a la exploración que se realice a la persona.

Así, se recogen los posibles síntomas de depresión en la población general así como aquellos más específicos de determinados grupos poblacionales:



Síntomas en la población general

ANÍMICOS Y EMOCIONALES

- Tristeza patológica: Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Es una sensación muy profunda, arrasadora.
- Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas.
- Incapacidad para experimentar placer y alegría. La persona se siente como si hubiera perdido el placer de vivir. Se considera incapaz de dar amor o afecto, lo cual aumenta sus sentimientos de culpa.
- Brotes de mal humor.
- Tendencia a afligirse por todo.

RITMOPATÍA

- Gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día o notables diferencias entre la mañana y la tarde.
- Enlentecimiento de sus movimientos.

BAJA AUTOESTIMA, SENTIMIENTO DE INCAPACIDAD

- Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad.
- Sensación de incapacidad somática o psíquica.
- Sentimiento de culpa.
- Mutismo.
- Hermetismo, retraimiento.
- Expresión facial de vacío, tristeza...

DESAPEGO A LA VIDA

- Disminución del apego a la vida o ideas suicidas.
- Presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos.
- Falta de ilusión hacia cualquier proyecto vital.

MOLESTIAS FÍSICAS

- Múltiples síntomas somáticos inespecíficos (mareos, síntomas digestivos, disnea ...), en múltiples localizaciones, sin poder demostrar una causa orgánica que los justifique, así como la mala evolución de una enfermedad somática.
- Surgen dolores crónicos o erráticos así como estreñimiento y sudoración nocturna.
- Opresión y/o dolor en el pecho.
- Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.

DISMINUCIÓN DE LA ENERGÍA, CANSANCIO

- Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde.
- Persistente sensación de fatiga o cansancio.

PÉRDIDA DE ACTIVIDAD Y DESMOTIVACIÓN

- Desgana y anhedonia: la persona se vuelve apática, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le proporciona placer.
- Apatía o aburrimiento.
- Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las distracciones.
- Pérdida de placer en actividades que antes le gustaban o le resultaban estimulantes: en el trabajo, en el deporte, en el ocio, en la vida social, y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

ANSIEDAD

- La ansiedad es la acompañante habitual de la persona deprimida, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.
- Estrés.

AFECTACIÓN DEL SUEÑO

- Insomnio: a la persona le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal humor.
- En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño por el día).
- Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.

ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO Y CULPABILIDAD

- Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente.
- Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

RENDIMIENTO

- Problemas en el rendimiento laboral o en las actividades a las que dedica su tiempo.

ALTERACIONES COGNITIVAS

- Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones.
- Falta de concentración.
- Problemas de memoria.
- Dificultad para la expresión verbal de las emociones.

ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO

- La persona tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

ALTERACIONES EN EL APETITO

- Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.
- Crisis de hambre voraz.

ALTERACIONES SEXUALES

- Disfunciones sexuales: se llega a la impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer.
- Pérdida del interés o placer sexual.

 AISLAMIENTO

- Retraimiento social
- Sensación de soledad o desconfianza.

ABANDONO DE SU AUTOCUIDADO

- Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario.
- Dejadez en su higiene personal.

ADICCIONES Y CONSUMOS

- Alcohol, drogas...

POLIMEDICACIÓN

- Polimedicación (tendencia a consumo de medicación antidepresiva, para trastornos de ánimo).



Síntomas en población infanto-juvenil

En los menores, adolescentes y jóvenes hay comportamientos que pasan desapercibidos porque se achacan más a conductas propias del tiempo vital y no tanto a síntomas depresivos, les resulta muy difícil manifestarlo verbalmente y lo hacen a través del comportamiento. Por ello es importante estar atentos y atentas a comportamientos como:

- Disminución del rendimiento escolar, fracaso escolar. Aparece a veces el rechazo al colegio que lleva al absentismo escolar. Dificultades de concentración que impiden buen rendimiento y dificultades de motivación.
- Irritabilidad aumentada: reacciones de ira, hostilidad, agresividad. Incluso en niños que tenían un carácter afable. Los niños no tienen la misma capacidad que un adulto para gestionar las emociones, esto hace que manifiesten estos síntomas como salida de su frustración. Se considera solo un problema de conducta y pasa desapercibido, por ello hay que mirar el conjunto, todo lo que le pasa.
- Baja tolerancia a la frustración, aburrimiento, desgana.
- Cambio en el estado de ánimo y de actividad física.
- Fatigabilidad, falta de energía.
- Aislamiento social, recluirse en casa, no querer salir
- Cambios de actividad motriz: de pasar de estar muy parado a periodos de agitación.

Además pueden aparecer otras situaciones y síntomas a los que es importante prestar atención:

- Abusos de tóxicos y consumos porque busca evadirse.
- Adicciones a redes sociales, videojuegos.
- Abandonar actividades que le gustaban, anhedonia
- Alteraciones en el sueño y trastornos alimenticios.
- Incapacidad para resolver o gestionar problemas.
- Aferrarse a los padres o aparición de rabia, rebeldía.
- Pérdida de autoestima
- Tentativas autolíticas: las autolesiones y las ideas sobre la muerte son más frecuentes en niños y adolescentes.



Síntomas en población mayor

- Aparecen comportamientos más extremos como son la mayor irritabilidad o por el contrario pasar desapercibido, encerrándose en uno mismo y aislándose.
- Abandono de tareas cotidianas, rutinas, dejadez de su cotidianeidad, inapetencia.
- Demanda de atención constante (llamar, exigir...)
- Aumento de sintomatología física: más percepción de dolencias.

**Con respecto a los factores de riesgo:

Es fundamental explorar en la entrevista todos aquellos posibles factores desencadenantes de la sintomatología depresiva, y tener en cuenta aquellos específicos de diferentes grupos poblacionales.

Población general

FACTORES PERSONALES

- Enfermedades crónicas
 - Principales enfermedades que pueden manifestarse con sintomatología depresiva:

Patologías médicas	Trastornos mentales
Endocrino/Metabólicas: Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, Porfiria	Trastorno angustia/ansiedad Trastorno obsesivo compulsivo Trastorno bipolar
Infecciosas: Tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias	Distimia Trastornos adaptativos
Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.	Síntomas negativos de la esquizofrenia Consumo de tóxicos
Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer páncreas.	
Otros: Lúes, dolor crónico	

- Asociación con el consumo de alcohol, tabaco, drogas, otras adicciones (juego...).

- Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida.
- Otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.
- Los pacientes de migraña tienen mayor riesgo de depresión mayor.
- También la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison y la amenorrea hiperprolactinémica.
- Sobrepeso, obesidad.
- Cambios hormonales – tema tiroideo- con sintomatología depresiva.

FACTORES VINCULADOS AL ÁMBITO AFECTIVO-RELACIONAL DE LA PERSONA:

- Situaciones de separación, divorcio, rupturas sentimentales.
- Pérdida de familiares, pareja, hijos/as... Sentimiento de “me quedo solo” (muerte del último padre/madre, orfandad)
- Soledad, aislamiento, falta de relaciones sociales.
- Desarraigo familiar.
- Ausencia de red de apoyo.
- Relaciones familiares conflictivas.

FACTORES SOCIOECONÓMICOS:

- Pérdida de empleo, situación de desempleo.
- Situación de baja laboral.
- Estrés, burnout en el empleo.
- Situaciones ansioso-depresivas derivadas de ambiente laboral complicado.
- Relaciones desarrolladas en el ámbito laboral. Tensión laboral.
- Situaciones de inestabilidad o precariedad en el empleo.
- Pérdida de vivienda (desahucio)
- Pérdida de ingresos económicos, ruina, incertidumbre económica.
- Situación de pobreza, exclusión social.

IDENTIDAD, PROYECTO DE VIDA

- Redefinición de masculinidad/feminidad, ausencia de modelo
- Ausencia de propósito vital, propósito de vida con sentido (en momentos de “hacer balance”)
- Realidad proyectada en redes sociales, necesidad de ser validados por los otros (artificialidad).
- Desencaje entre su proyecto y la realidad. Así, en cada ámbito (por ej. la vida en pareja) cómo se percibe y cómo influye en todos los demás ámbitos (qué se ha idealizado, en qué medida limitan estas idealizaciones...). Por ej. si la persona se ha encerrado en la pareja y ha roto otras relaciones sociales.
- Expectativas, capacidades, personalidad (hay personas que les sucede algo malo y es una catástrofe, y en otras es una oportunidad de cambio).
- No responder a las expectativas (auto-expectativas o expectativas de otros).
- **Vivencias traumáticas**
- Traumas infancia
- Mutilaciones, situaciones de discapacidad o dependencia.
- Maltrato intrafamiliar.
- Abusos sexuales.

OTRAS VIVENCIAS

- Situaciones de tránsito o de cambio en el itinerario vital: adolescencia, jubilación...

FACTORES COGNITIVOS

- Esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información. Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

FACTORES FAMILIARES Y GENÉTICOS

- Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado.

Mujeres

Señalar que **el propio género** es un factor de riesgo: las mujeres tienen mayor riesgo de depresión. Sobre esto se añaden otras cuestiones específicas:

Aspectos biológicos y hormonales: En el periparto, postparto y perimenopausia se inician muchos problemas de salud mental.

En el entorno familiar: conflictos de pareja; sobrecarga en el rol de cuidadora (el sistema coloca los cuidados en el centro de las mujeres que les lleva a construir su identidad en relación al cuidado del otro) unido a responsabilidades laborales, abandono de su propio autocuidado, etc. Escasa red de apoyo fuera de la familia, aislamiento.

Dependencia de su rol, especialmente en aquellos casos en los que la mujer se ha dedicado a sus hijos y marido en exclusividad. Aquellas mujeres con una mayor independencia de pareja e hijos pueden contar con otras herramientas para compensar o defenderse ante las frustraciones o dificultades.

En relación a la salud: aparición de enfermedades como el cáncer de mama que conlleva mutilación o alteraciones de la tiroides.

Violencia de género: Maltrato intrafamiliar, abusos sexuales en la infancia y adolescencia (trauma).

Presión social: Estereotipos y expectativas sobre el rol femenino, mandatos de género sociales (ideal de perfección, estar siempre dispuesta para cualquier necesidad).

En relación al bienestar emocional y el autoconcepto: pérdida de autoestima, no sentirse valoradas en relación al trabajo que realizan a nivel social ni familiar. Frustración por itinerarios formativos o laborales inacabados o interrumpidos

En relación a la situación económica: Falta de formación profesional que limita a muchas mujeres al cuidado familiar. Precariedad laboral y precariedad económica derivada del fallecimiento de la pareja o familiar del que dependen económicamente. Familia monoparental.

Población infanto-juvenil

En el **ámbito escolar**: experiencias traumáticas como sufrir acoso escolar (bullying), sentirse rechazado, no identificarse con su grupo de referentes lo que le lleva a aislamiento.

En el **entorno familiar**: conflictos familiares, familias desestructuradas, pérdida de padres o enfermedad de familiares referentes (abuela, hermanos, etc.), procesos de divorcio. Situaciones de abandono o negligencia familiar, maltrato, abuso sexual o violencia de género.

Consumo de tóxicos, de alcohol o trastornos de la alimentación.

En relación al **bienestar emocional y el autoconcepto**: dificultades relacionales en la adolescencia, baja tolerancia a la frustración, sentimientos de presión social en relación a la identidad y a la imagen. Realidad proyectada en redes sociales: la adicción a las nuevas tecnologías que les lleva a aislamiento e irrealdad; críticas destructivas en las redes sociales.

Población mayor

- En relación a la salud: aparición de enfermedades por su envejecimiento (progresivo deterioro físico), limitaciones en su movilidad, menor autonomía. Riesgo de que la sintomatología orgánica oculte síntomas de depresión. En tiempos COVID miedo al contagio lo que les aboca a la inactividad.
- En relación a su red de apoyo social y familiar: pérdida de pareja y de amigos; abandono de su red familiar; acceso a dispositivo residencial con mayor institucionalidad y pérdida de contacto familiar; soledad.
- En relación al bienestar emocional: la pérdida del rol productivo genera sentimiento de pérdida de utilidad, caída de autoestima. El exceso de tiempo libre y no saber cómo invertirlo o gestionarlo por no haber desarrollado hábitos de ocio. Sentimientos de pérdida y de cercanía de la muerte. Surge la sensación de “deuda”, de sentirse airados y no acompañados.
- Percepción social: sienten que se les asigna un papel pasivo, que no se les tiene en cuenta, que no se les pregunta su opinión, que se les infantiliza.

2) Detectar sus necesidades de apoyo, orientarles a los recursos y apoyos disponibles más adecuados y establecer un plan de apoyo y seguimiento.

La entrevista exploratoria a la persona, junto con la indagación realizada en la familia o núcleo de convivencia tiene que ser la base para:

- Identificar y poner nombre a su sintomatología de depresión.
- Identificar sus principales necesidades de apoyo.
- Orientarles a los recursos más adecuados, desde una perspectiva de abordaje integral desde distintos ámbitos. Entre otros, será prioritario orientarle (si es que no lo ha hecho ya) al ámbito sanitario (a atención primaria o especializada según lo que proceda) para que realicen las correspondientes pruebas diagnósticas y establezcan el tratamiento adecuado (medicación y otras intervenciones que procedan en este ámbito).
- Establecer una planificación de los objetivos de trabajo y apoyos a activar (con la propia persona, con sus familiares o personas con quienes convive), así como para el seguimiento de su evolución.

Entrevista con la persona – Guión de cuestiones sobre las que explorar

Incorpora además sintomatología y factores de riesgo diferenciales en los diferentes grupos poblacionales.

ASPECTOS DE SU APARIENCIA Y COMPORTAMIENTO A OBSERVAR:

- Si parece afligida o triste. - Si está al borde del llanto o parece que hubiera llorado. - Su postura: si muestra introspección, dejadez, cansancio, desmotivación. - Su aspecto físico: si parece descuidado, desarreglado. - Si su verbalización es ágil o vacilante. - Si responde fácilmente a las preguntas. - Si se muestra abierto a profundizar en lo que le pasa.	Describir los aspectos de su apariencia y comportamiento revelan que podría tener depresión:
--	---

CUESTIONES SOBRE LAS QUE INDAGAR EN LA ENTREVISTA:

HISTORIA CLÍNICA, ANTECEDENTES, MEDICACIÓN	Recoger aquí aspectos destacables de su historia clínica que nos alertan de síntomas o predisposición a la depresión:
- Historia clínica - Presencia de enfermedades médicas - Presencia de enfermedades psiquiátricas, - Tratamiento farmacológico (con especial atención a aquellos que inducen a depresión, aún si esas enfermedades se consideran curadas o bajo control y si los medicamentos han sido suspendidos). - Hospitalizaciones previas - Tratamiento antidepresivo que esté consumiendo (si es tratamiento pautado, también si los han obtenido de amigos o si lo han adquirido en una farmacia sin receta). - Historia de polimedicación (tendencia a consumo de medicación antidepresiva, para trastornos de ánimo).	

ESTADO FÍSICO	Aspectos destacables de su historia clínica que nos alertan de síntomas o predisposición a la depresión:
Indagar si la persona tiene alguna de estas dificultades: - Múltiples síntomas somáticos inespecíficos (mareos, síntomas digestivos, disnea ...), en múltiples localizaciones, sin poder demostrar una causa orgánica que los justifique, así como la mala evolución de una enfermedad somática. - Presencia de dolores crónicos o erráticos así como estreñimiento y sudoración nocturna. - Dolor o presión en el pecho - Dolores localizados en la cabeza, la espalda o en otro sector.	- ¿Qué tal te encuentras de salud? - ¿Tienes problemas, quejas de salud o dolor de manera habitual (mareos, dolor de cabeza, de estómago...)? - ¿Sientes alguna vez dolor o presión en el pecho?

BLOQUE 1 - ASPECTOS A INDAGAR RELACIONADOS CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS MÁS RELEVANTES

CRITERIOS Y ASPECTOS SOBRE LOS QUE INDAGAR EN BASE A DSM 5	PREGUNTAS/ASPECTOS DESTACABLES OBSERVADOS	
La presencia de al menos 5 de los siguientes síntomas durante el mismo periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe de ser A1 (Estado de ánimo depresivo) o el A2 (Pérdida de interés o de placer) implica que SE DETECTAN SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN . Esto supone seguir con las preguntas de los demás bloques y, si se valora necesario, pasar alguna escala recomendada.		
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, indicado, bien por informe subjetivo (p.ej. Sentimientos de tristeza o de vacío), o por observaciones efectuadas por otras personas (p.ej. aspecto lloroso). - Tristeza patológica que interfiere negativamente en la vida cotidiana. - Amargura o desesperanza, con tendencia al llanto, con lágrimas o sin ellas. - Incapacidad para experimentar placer y alegría. - Se considera incapaz de dar amor o afecto. - Brotes de mal humor. - Tendencia a afligirse por todo.	- <i>En las dos últimas semanas, ¿te has sentido triste o sin ánimo?</i> - <i>¿Cómo es su estado de ánimo?</i> - <i>¿Te sientes triste, desanimado o deprimido?</i> Si es afirmativo - <i>¿Te sientes así todos los días?</i> - <i>¿Cuánto ocupa esa sensación en el conjunto del día?</i> - <i>¿Cómo es de intensa esa sensación?</i> - <i>¿Se parece en algo a sensaciones que has tenido en otros momentos de su vida? (p.ej. muerte de familiares)</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones

2. Marcada disminución del interés o el placer en todas o en casi todas las actividades la mayor parte del día o casi a diario, según informaciones del sujeto u observaciones de otros. - Desgana y anhedonia: la persona se torna apática, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le procura placer. - Apatía o aburrimiento. - Disminución de la actividad habitual en el trabajo y/o en las distracciones. - Pérdida de placer en actividades que antes le gustaban o le resultaban estimulantes: en el trabajo, en el deporte, en el ocio, en la vida social, y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes. - Pérdida de relaciones sociales y tendencia al aislamiento.	- <i>En las dos últimas semanas ¿has sentido poco interés por hacer cosas?</i> - <i>¿Has perdido interés por las cosas o disfrutas menos de lo acostumbrado con las cosas?</i> - <i>¿Has dejado de hacer cosas que antes hacías?</i> - <i>¿Has dejado de hacer actividades con amigos/as, familia, etc.? ¿Te aíslas en casa? ¿Te sientes solo/a?</i> Si es afirmativo: <i>¿Qué has dejado de hacer? ¿Por qué?</i> <i>¿Con qué cosas disfrutas normalmente? (trabajo, deportes, TV, ir de compras, comer, estar con gente, etc.)</i> <i>¿Con qué disfrutas todavía?</i> <i>¿En qué has perdido interés?</i> <i>¿Desde cuándo has dejado de disfrutar con las cosas que antes disfrutabas?</i> <i>¿Es así todo el día?</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones
3. Cambio importante de peso sin hacer dieta (p.ej. al menos un cambio de $\pm$ 5% del peso en 1 mes o $\pm$3,5 kg. En una persona de 65 kg). - Modificaciones del apetito y del peso: la mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso. - Crisis de hambre voraz.	<i>¿Has aumentado o perdido peso?</i> <i>¿Ha habido algún cambio en tu apetito?</i> Si es afirmativo: <i>¿Cuánto más/menos comes ahora?</i> <i>¿Es así todo el día?</i> <i>¿Desde cuándo ocurre?</i> <i>¿Has cambiado de peso sin desearlo?</i> Si es afirmativo:	Aspectos destacables observados/conclusiones

	<i>¿Cuánto ha cambiado?</i> <i>¿Desde cuándo?</i>	
4. Insomnio o hipersomnio casi a diario. - Insomnio: a la persona le cuesta conciliar el sueño y, además, se despierta temprano y de mal talante. - En algunos casos, que constituyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño por el día). - Pesadillas nocturnas, sueños sombríos o despertar temprano.	<i>¿Cómo duermes?</i> <i>¿Cuántas horas duermes por la noche?</i> <i>¿Es esto normal en tí?</i> <i>¿Ha experimentado cambios en el sueño con respecto a hace 2 semanas?</i> <i>¿Tardas mucho en dormirte? (valorar si es más de media hora)</i> <i>¿Te despiertas durante la noche? (valorar si es más de 1 hora en total)</i> <i>¿Te despiertas pronto sin desearlo? (valorar si es más de media hora antes)</i> <i>¿Duermes demasiado?</i> <i>Si es afirmativo:</i> <i>¿Es así todos los días?</i> <i>¿Desde cuándo ocurre?</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones
5. Agitación o enlentecimiento motor casi a diario. <i>Nota: evaluar conducta motora observable (no solo sensaciones subjetivas de inquietud o letargo) por el entrevistador u otras personas</i> - Gran fluctuación de los síntomas a lo largo del día o notables diferencias entre la mañana y la tarde. - La persona tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas, o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto	- <i>¿Hay momentos del día donde te sientes más activo y motivado que otros? ¿Cómo te sientes a lo largo del día y cómo sientes que respondes a las distintas actividades?</i> Agitación: inquietud motora, imposibilidad de permanecer sentado, tirarse del pelo, frotarse las manos, cruzar las piernas repetidamente, jugar con la ropa o adornos, etc. - <i>¿Has estado más inquieto y con más dificultades de permanecer sentado?</i> <i>Si es afirmativo:</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones

por motivos insignificantes. **Especial atención en población infanto-juvenil, pueden mostrar más inquietud y tener cambios de inactividad a especial agitación	<i>¿Das vueltas de arriba para abajo?</i> <i>¿Se han dado cuenta los demás de tu inquietud?</i> Retardo psicomotor: habla lenta, tiempos de reacción enlentecidos, mutismo, lentitud de movimientos, ausencia de gestos faciales, etc. - <i>¿Te has sentido enlentecido, hablando más lento de lo normal, como si te movieras a cámara lenta o como si tuvieses los pies hundidos en el barro?</i> Si es afirmativo: <i>¿Se han dado cuenta los demás de esto o alguien te ha hecho notar esa lentitud?</i>	
6. Fatiga o pérdida de energía casi a diario - Disminución de la energía: se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana. Las personas afectadas suelen sentirse más fatigadas por la mañana que por la tarde. - Persistente sensación de fatiga o cansancio.	- <i>¿Cómo está tu nivel de energía?</i> - <i>¿Sientes que te falta energía?</i> - <i>¿Te sientes cansado todo el tiempo incluso cuando no trabajas mucho?</i> Si es afirmativo: <i>Preguntar por duración y persistencia</i> <i>Preguntar por cómo es la afectación del cansancio y fatiga a lo largo del día.</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo). - Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso	- <i>¿Cómo te sientes respecto a ti mismo?</i> - <i>¿Cómo está tu autoestima? ¿sientes que vales poco?</i> - <i>¿Te sientes culpable de algo o lleno de fallos?</i> - <i>¿Piensas a menudo en estas cosas?</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones

lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna frecuente. - Culpa excesiva: siente con exceso la carga de una culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios. - Desvalorización o subestimación propia en forma de ideas de indignidad o inferioridad. - Sensación de incapacidad somática o psíquica. - Sentimiento de culpa. - Mutismo. - Hermetismo, retraimiento.		
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día (ya sea una sensación subjetiva o una observación ajena). - Cavilación sobre la misma idea o presencia de indecisiones. - Falta de concentración. - Problemas de memoria. - Dificultad para la expresión verbal de las emociones. - Problemas en el rendimiento laboral o en las actividades a las que dedica su tiempo. **Rendimiento escolar en población infanto-juvenil - Le resulta difícil tomar decisiones.	- <i>¿Has tenido problemas en tu rendimiento laboral/escolar o en las actividades a las que dedica su tiempo? En qué aspectos, por qué...</i> - <i>¿Tienes más problemas de lo habitual para concentrarte o prestar atención a algo?</i> <i>Si es afirmativo:</i> <i>¿En qué cosas? ¿Ver TV? ¿Seguir una conversación? ¿Leer?</i> <i>Preguntar por duración y persistencia</i> - <i>¿Te resulta más difícil tomar decisiones sobre cosas que antes no le costaba trabajo decidir?</i> <i>Si es afirmativo:</i> <i>¿Sobre qué cosas?</i> <i>Preguntar por duración y persistencia</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo miedo a morir), ideación suicida (haya o no plan específico de suicidio), o intentos o planes de suicidio. - Disminución del apego a la vida o ideas suicidas. - Presentan una preocupación exagerada por la muerte y alimentan sentimientos autodestructivos. - Falta de ilusión hacia cualquier proyecto vital.	- <i>¿Piensas mucho en la muerte? ¿La tuya, la de otra persona o la muerte en general?</i> - <i>¿A veces cuando uno se siente mal piensa en hacerse daño o quitarse la vida, te ha pasado o te está pasando esto?</i> <i>Si es afirmativo:</i> <i>¿Has pensado en algún modo de hacerlo?</i> <i>¿Lo has intentado alguna vez?</i> <i>Si es negativo:</i> <i>¿Desearías estar muerto?</i> <i>¿Has deseado a veces no despertarte más al quedarte dormido?</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones

BLOQUE 2- OTROS ASPECTOS A INDAGAR QUE TAMBIÉN PODRÍAN MANIFESTAR DEPRESIÓN (Complementarios a los anteriores). Tener en cuenta si en las cuestiones anteriores

ALTERACIONES SEXUALES	<i>¿Has tenido dificultades en estas últimas semanas en tu vida sexual: falta de apetito sexual, disfunciones, impotencia, etc.?</i>	Aspectos destacables observados/conclusiones
- Disfunciones sexuales: impotencia en el hombre o a la frigidez en la mujer. - Pérdida del interés y placer sexual.		
ABANDONO DE SU AUTOCUIDADO		
- Descuido en el arreglo corporal y en el vestuario. - Dejadéz en su higiene personal.	<i>¿Has dejado de arreglarte para salir? ¿Estás todo el día en casa sin ducharte, arreglarte...?</i>	
ADICCIONES Y CONSUMOS		
- Alcohol, drogas... - **En población infanto-juvenil además, explorar otras adicciones como el juego, los videojuegos.	<i>¿Bebes alcohol con frecuencia? ¿Ha cambiado tu nivel de consumo de alcohol en las últimas semanas? ¿A qué lo achacas?</i>	
	<i>¿Consumes drogas? ¿Has iniciado o cambiado tu consumo en las últimas semanas? ¿A qué lo achacas?</i>	
ANSIEDAD		
- La ansiedad es la acompañante habitual de la persona deprimida, que experimenta una extraña desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables, agresivas.	<i>¿Pasas mucho tiempo jugando a videojuegos?</i>	
	<i>¿Has tenido algún problema con el juego? (Apuestas, juegos online...)</i>	
- Estrés.	<i>¿Te sientes angustiado o ansioso habitualmente?</i>	

BLOQUE 3- INDAGACIÓN SOBRE POSIBLES FACTORES DESENCADENANTES

POSIBLES FACTORES	PREGUNTAS	Aspectos observados/conclusiones
Cambios en relaciones afectivas y situación convivencial	<i>¿Has pasado por una situación de separación o ruptura sentimental?</i> <i>¿Te has incorporado alguien no deseado en la familia?</i> <i>¿Se ha producido algún problema con las personas con las que convives, hijos/as... que te haya afectado especialmente?</i>	
Pérdida de seres queridos por fallecimiento. En caso de pérdidas: después de la pérdida de un ser querido; los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.	<i>- ¿Has perdido algún ser querido recientemente?</i> <i>- ¿Cómo has cambiado desde entonces?</i> <i>- ¿Crees que estos síntomas que me has contado (detallar) se deben exclusivamente a esa pérdida?</i>	
Cambios en la situación laboral o económica - Pérdida de empleo, situación de desempleo. - Situación de baja laboral. - Estrés, burnout en el empleo. - Situaciones ansioso-depresivas derivadas de ambiente laboral complicado. - Relaciones desarrolladas en el ámbito laboral. Tensión laboral. - Situaciones de inestabilidad o precariedad en el empleo. - Pérdida de vivienda (desahucio) - Pérdida de ingresos económicos, ruina, incertidumbre económica. - Situación de pobreza, exclusión social.	<i>¿Ha habido cambios en el trabajo o cambios recientes en la situación laboral? ¿Cómo es tu ambiente de trabajo, relaciones con los compañeros, superiores, etc.?</i> <i>¿Estás atravesando alguna situación de especial preocupación por pérdida de ingresos económicos?</i>	
Crisis de identidad, frustraciones en su proyecto de vida - Redefinición de masculinidad/feminidad, ausencia de	<i>¿Ha habido cambios importantes en tu vida que te hayan hecho pararse a reflexionar sobre sus</i>	

modelo - Ausencia de propósito vital, propósito de vida con sentido (en momentos de “hacer balance”) - Realidad proyectada en redes sociales, necesidad de ser validados por los otros (artificialidad). - Desencaje entre su proyecto y la realidad. Así, en cada ámbito (por ej. la vida en pareja) cómo se percibe y cómo influye en todos los demás ámbitos (qué se ha idealizado, en qué medida limitan estas idealizaciones...). Por ej. si la persona se ha encerrado en la pareja y ha roto otras relaciones sociales. - Expectativas, capacidades, personalidad (hay personas que les sucede algo malo y es una catástrofe, y en otras es una oportunidad de cambio). - No responder a las expectativas (autoexpectativas o expectativas de otros).	<i>logros en los proyectos vitales que te habías propuesto?</i> <i>¿Tienes sentimientos de fracaso o frustración en el desarrollo de alguno de estos proyectos? ¿En qué aspectos? ¿Cómo te sientes cuando piensas en ello?</i> <i>¿Consideras que no estás respondiendo a las expectativas de otras personas? ¿A tus propias expectativas? ¿Cómo te sientes por ello?</i>	
Vivencias traumáticas - Traumas infancia - Mutilaciones, situaciones de discapacidad o dependencia. - Maltrato intrafamiliar. - Abusos sexuales.	<i>Explorar en las posibles vivencias que haya podido tener la persona, y en qué medida se han superado o están condicionando sus vivencias y sentimientos actuales.</i>	
Otras vivencias - Situaciones de tránsito o de cambio en el itinerario vital: adolescencia, jubilación...	<i>Explorar en las posibles vivencias que haya podido tener la persona, y en qué medida se han superado o están condicionando sus vivencias y sentimientos actuales.</i>	

EXPLORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ESPECÍFICOS

INFANTO-JUVENIL

POSIBLES FACTORES	PREGUNTAS, CUESTIONES PARA INDAGAR	Aspectos observados/conclusiones
En el ámbito escolar: experiencias traumáticas como sufrir acoso escolar (bullying), sentirse rechazado, no identificarse con su grupo de referentes lo que le lleva a aislamiento. En el entorno familiar: conflictos familiares, familias desestructuradas, pérdida de padres o enfermedad de familiares referentes (abuela, hermanos, etc.), procesos de divorcio. Situaciones de abandono o negligencia familiar, maltrato, abuso sexual o violencia de género. Consumo de tóxicos, de alcohol o trastornos de la alimentación. En relación al bienestar emocional y el autoconcepto: dificultades relacionales en la adolescencia, baja tolerancia a la frustración, sentimientos de presión social en relación a la identidad y a la imagen. Realidad proyectada en redes sociales: la adicción a las nuevas tecnologías que les lleva a aislamiento e irrealidad; críticas destructivas en las redes sociales.	<i>Preguntar sobre cómo se siente en el colegio, si tiene amistades significativas...</i> <i>Indagar sobre posibles situaciones traumáticas en el Colegio: episodios de bullying, discriminación...</i> <i>Saber si en casa están atravesando algún momento complicado...</i> <i>Indagar sobre si ha sufrido alguna situación de abuso fuera o dentro del contexto familiar.</i> <i>Indagar sobre el papel que juegan para él/ella las RRSS: si las usa, si sigue a personas de influencia, qué representan para él/ella.</i> <i>Indagar sobre si ha consumido o consume algún tipo de tóxico...</i>	

MUJERES

POSIBLES FACTORES	PREGUNTAS, CUESTIONES PARA INDAGAR	Aspectos observados/conclusiones
– Expectativas asociadas al rol femenino en el caso de las mujeres. – Falta de formación profesional que limita a muchas mujeres al cuidado familiar (sobre todo en el medio rural). Cuando muere familiar se quedan sin ocupación ni derechos adquiridos a nivel de prestaciones. – Dependencia de su rol. Por ej. la mujer emancipada, con independencia de pareja, hijos... está protegida. Si tiene estos	<i>Si tiene hijos/as. En caso afirmativo:</i> <i>¿Cómo se desarrolló el embarazo, cómo lo viviste?</i> <i>¿Cómo fue el parto y el postparto, cómo te sentiste en esas etapas?</i> <i>Indagar sobre si está comenzando con la</i>	

ingredientes puede compensarla/defenderse ante otras frustraciones o dificultades. No quien se ha dedicado a sus hijos y marido exclusivamente por ej. – Estereotipos, mandatos de género sociales (ideal de perfección, estar siempre dispuesta para cualquier necesidad). – Cualquier forma de violencia de género. – Postparto. A veces es el hito que inicia el circuito de enfermedad mental crónica. – Conciliación familiar-laboral (vorágine de ocupaciones). – Sobrecarga (doble rol cuidar + responsabilidades laborales) – Centrarse en tareas domésticas y olvidarse de ellas mismas. Rol en el que todo tiene que funcionar. – Falta de autocuidado, dedicarse tiempo. – No sentirse valoradas, no se pone en valor el trabajo que realizan a nivel social ni familiar.	<i>menopausia</i> <i>Indagar sobre si trabaja y tiene familia,</i> <i>¿Cómo te sientes conciliando ambas?</i> <i>Indagar si siente que no está respondiendo a su rol como mujer/madre como los demás creen que debería...</i> <i>Explorar sobre posibles situaciones de violencia de género</i> <i>Si siente que tiene tiempo para ella misma</i> <i>Saber si es independiente económicamente</i>	
--	--	--

POBLACIÓN MAYOR

POSIBLES FACTORES	PREGUNTAS, CUESTIONES PARA INDAGAR	Aspectos observados/conclusiones
- En relación a la salud: aparición de enfermedades por su envejecimiento (progresivo deterioro físico), limitaciones en su movilidad, menor autonomía. Riesgo de que la sintomatología orgánica oculte síntomas de depresión. En tiempos COVID miedo al contagio lo que les aboca a la inactividad. - En relación a su red de apoyo social y familiar: pérdida de pareja y de amigos; abandono de su red familiar; acceso a dispositivo residencial con mayor institucionalidad y pérdida de contacto familiar; soledad. - En relación al bienestar emocional: la pérdida del rol productivo genera sentimiento de pérdida de utilidad, caída de autoestima. El	<i>Si han perdido a alguien importante (cónyuge, hijos, hermanos...)</i> <i>Si ha habido algún cambio en el modelo convivencial: abuelos "golondrina", paso a Residencia</i> <i>Si vive solo/a y si percibe soledad no deseada</i> <i>Si siente que es una carga para sus hijos/as u</i>	

exceso de tiempo libre y no saber cómo invertirlo o gestionarlo por no haber desarrollado hábitos de ocio. Sentimientos de pérdida y de cercanía de la muerte. Surge la sensación de "deuda", de sentirse airados y no acompañados. - Percepción social: sienten que se les asigna un papel pasivo, que no se les tiene en cuenta, que no se les pregunta su opinión, que se les infantiliza.	<i>otros familiares</i> <i>Siente que sus hijos/os u otros familiares toman decisiones sin tenerle en cuenta</i>	
---	--	--

Escalas de detección de Depresión

- Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS)
https://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php
Version validada en castellano de la escala geriátrica para la depresión (Ramos Brieva et al., 1991, 1993.) (Test depresion o Depression Test)
https://www.depresion.psicomag.com/test_depresion.php
Escala Autoadministrada de Depresión (EAD)
https://www.depresion.psicomag.com/test_ead.php
- Test de Beck depresión.
https://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php
- Test Psicométrico de Depresión de Hamilton
https://www.depresion.psicomag.com/esc_hamilton.php
Autotest depresión
https://www.depresion.psicomag.com/test_depresion4.php
- Escala de depresión de Goldberg (Monton et al., 1993)
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/goldberg-depresion.pdf>
- Inventario de depresión rápido (Trujols et al., 2014)
- Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) (Pinto-Meza et al., 2005)
- Escala de depresión geriátrica (Aguado et al., 2000).

Escalas de evaluación de la gravedad global de la depresión

- Escala de depresión de Hamilton (Bobes et al., 2003)
<https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>
- Escala de depresión de Montgomery-Asberg (Lobo et al., 2002)
- Inventario de depresión de Beck (Conde and Useros, 1975).

Entrevista/s complementaria con la familia/personas de referencia

Es interesante completar la indagación con la perspectiva de otras personas (familia o personas con quienes convive o que son de referencia para ella, capaces de identificar los cambios que se han producido en ella, que pueden evidenciar síntomas de depresión). Esto siempre que la persona lo consienta, siendo ella quien tiene que identificar con qué personas consiente que se realice esta indagación. Para ello es necesario explicarle la necesidad de conocer mejor su situación para poder ayudarlo, también para poder aportar pautas a sus familiares para apoyarlo. Es conveniente hablar con estas personas para permitir establecer un vínculo con las personas que tendrán un importante papel en el plan de apoyo. Es particularmente relevante siempre que se considera el riesgo de suicidio.

Esta/s entrevista/s pueden proporcionar información que la persona ha relegado, olvidado o que no desea contar. Puede corregir o confirmar información obtenida de la persona o, simplemente, proporcionar un punto de vista diferente -aunque no necesariamente más objetivo- sobre él y la situación vital y condición emocional del mismo.

Guión de cuestiones

CUESTIONES	Aspectos observador/conclusiones
¿En qué aspectos percibe que ha cambiado la persona? ¿En qué aspectos o comportamientos diferenciales percibe estos cambios? - Estado de ánimo, - desgana, desmotivación, - enlentecimiento de movimientos, - agitación, ansiedad, irritabilidad, - pérdida de concentración (peores resultados en los estudios, en el trabajo...). ¿Ha sido esto reciente o ha estado sucediendo durante un tiempo prolongado? ¿Fue repentino el cambio en la conducta? ¿Ha habido cambios en la actitud de la persona con las personas con respecto al pasado? ¿Ha tenido cambios o comportamientos similares en el pasado?	
¿Tiene alguna relación el cambio de conducta de la persona con un hecho doloroso o algo que manifieste que le esté pasando (en el trabajo, en su actividad habitual...)? ¿Tiene alguna idea de que ha podido	

<i>desencadenar estos cambios en su comportamiento o conducta? ¿Ha tenido alguna pérdida o frustración importante? ¿Cuál?</i> • <i>¿Cuándo sucedió este hecho?</i> • <i>¿Cómo actuó la persona en ese momento?</i> • <i>¿Cómo actuó antes de ese hecho?</i> • <i>¿Cómo ha actuado posteriormente a ese hecho?</i>	
¿Ha notado alguna diferencia en la salud física de la persona? • <i>¿Ha padecido alguna enfermedad? ¿De qué tipo?</i> • <i>¿Tiene algún problema con el apetito? ¿Con el sueño? ¿Con la actividad sexual?</i> • <i>¿Emplea habitualmente o a veces pastillas para dormir? ¿Tranquilizantes? ¿Drogas? ¿Alcohol?</i> • <i>¿Toma alguna medicación recetada por otro médico, o tónicos u otros artículos adquiridos en la farmacia? ¿Alguien en la familia que tome cualquier medicamento que la persona pueda haber tomado aún por poco tiempo?</i>	
¿Ha habido alguien en la familia que se haya comportado o que haya cambiado su conducta en la forma que lo ha hecho la persona? • <i>¿Ha habido alguien en la familia que alguna vez haya sido tratado o internado por padecer depresión u otras enfermedades de tipo emocional?</i> • <i>¿Ha habido alguien en la familia que haya cometido suicidio?</i> • <i>¿Ha habido alguien en la familia que haya fallecido en un accidente?</i>	
¿Ha amenazado alguna vez la persona con cometer suicidio? • <i>¿Ha dicho alguna vez que no vale la pena vivir y que desea la muerte?</i> • <i>¿Ha dicho alguna vez que andarían mejor si él / ella estuvieran muertos?</i> • <i>¿Manifiesta sentimientos de culpabilidad o desprecio hacia sí misma?</i> • <i>¿Ha amenazado alguna vez con matar a otros?</i> • <i>¿Ha tenido algún accidente inexplicado?</i>	

Fuentes de Referencia

- Informe sobre el estado de la cuestión sobre el estado de la cuestión en el abordaje de la depresión, modelo de respuesta y definición de las herramientas y soluciones a diseñar (proyecto Blueless). Epígrafe 2 sobre factores determinantes de situaciones de depresión, comportamientos diferenciales y necesidades detectadas.
- Guía y pautas para las entrevistas con la persona con depresión y sus familiares. ¿Tiene usted depresión? Responde el Dr. Rozados.
- https://www.depresion.psicomag.com/faq_profesional.php
- Guión para entrevista diagnóstica trastorno depresivo mayor. Extraído de Entrevista Diagnóstica En Salud Mental - Carmelo Vázquez & Manuel Muñoz, 2002.
- Pautas para la vigilancia, la detección de trastornos depresivos, manejo clínico y cuidados. Extraído de: Retolaza, A. Salud Mental y Atención Primaria. Colección Salud Mental Colectiva. Ed. Grupo 5. Madrid, 2013.
- COVID-19 mental health care toolkit: an international collaborative effort by Early Career Psychiatrists section
- [COVID-19 mental health care toolkit: an international collaborative effort by Early Career Psychiatrists section | General Psychiatry \(bmj.com\)](https://www.bmj.com/content/371/bmj.n2121)
- Criterios diagnósticos que establece la 11a Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) (version beta) (WHO, 2017)
- <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f810797047>
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013).
- Criterios de sospecha de existencia de un episodio depresivo (U.S. Preventive Services Task Force, 2002).
- Depresión y suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la salud mental. SEP, SEPB, FEPSM, JANSSEN. Capítulos 5 y 6.
- <https://sepb.es/libro-blanco-de-depresion-y-suicidio>
- Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.
- https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf