



GUIA DE PRACTICA CLINICA DEPRESION. ICSN 2015

Director del Proyecto:

Dr. Ivan Jimenez Rojas. Medico Psiquiatra.

Grupo Desarrollador de la Guia:

Coordinador: Dr. Saul Martinez Villota. Medico Psiquiatra

Dra. Carolina Alba Rosero. Medico Psiquiatra

Dra. Maria Fernanda Bonilla. Medico Psiquiatra

Especialista Revisor:

Dra. Adriana Marquez Cepeda. Medico Psiquiatra.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN

INSTITUTO COLOMBIANO DEL SISTEMA NERVIOSO – CLÍNICA MONTSERRAT

1. PREGUNTAS QUE RESUELVE ESTA GUÍA
2. TABLA DE RESUMEN DE RECOMENDACIONES
3. METODOLOGÍA
4. DEFINICIONES
5. EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES
 - 5.1 GENERALIDADES
 - 5.2 EPIDEMIOLOGÍA
 - 5.3 DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN
 - 5.4 TRATAMIENTO
 - 5.4.1 GENERALIDADES
 - 5.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO
 - 5.4.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
 - 5.4.4 EFECTOS ADVERSOS
6. EVALUACIÓN Y MANEJO RIESGO DE SUICIDIO
7. DISCAPACIDAD LABORAL ASOCIADA A LA DEPRESIÓN
8. ALGORITMOS DE ATENCIÓN
9. INDICADORES DE CALIDAD
10. BIBLIOGRAFÍA
11. ANEXOS

1. PREGUNTAS QUE RESUELVE ESTA GUÍA

1. ¿Cómo se define Depresión y los diferentes Trastornos Depresivos?
2. ¿Cómo se define Depresión resistente al tratamiento?
3. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos actuales dentro de la clasificación DSM IV TR para los Trastornos Depresivos?
4. ¿Cuáles son las herramientas clínicas útiles para realizar un diagnóstico de Depresión?
5. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas eficaces y disponibles para el manejo de los Trastornos Depresivos en los pacientes adultos de la clínica Montserrat?
6. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que puede considerar el clínico en el tratamiento de Depresión resistente?
7. ¿Cuáles son los posibles efectos adversos de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas usadas en el tratamiento de los Trastornos Depresivos?
8. ¿Qué criterios debe considerar el clínico para indicar un manejo hospitalario a pacientes con Depresión en la Clínica Montserrat?
9. ¿Qué criterios debe considerar el clínico para dar de alta a un paciente en tratamiento hospitalario con diagnóstico de Depresión en la Clínica Montserrat?
10. ¿Qué estrategias pueden favorecer la adherencia al tratamiento en los pacientes con Trastornos Depresivos?
11. ¿Qué estrategias de manejo pueden favorecer la disminución en el número de recaídas o recurrencia de los Trastornos Depresivos?
12. ¿Cuál es la mejor manera de evaluar la presencia de riesgo suicida en pacientes con Depresión?
13. ¿Qué medidas de intervención y cuidado deben implementarse en el manejo de Trastornos Depresivos en quienes se identifica un incremento en el riesgo de suicidio?

2. TABLA DE RESUMEN DE RECOMENDACIONES

2.1 DIAGNÓSTICO

Pregunta de investigación	Recomendación	Calidad de la Evidencia	Grado de recomendación
¿Cuáles son las herramientas clínicas útiles para realizar un diagnóstico de Depresión?	Todo médico deberá realizar diagnóstico de Depresión utilizando criterios CIE-10 y DSM IV TR	C(++)	↑↑(1)
	En el diagnóstico de la Depresión se debe realizar una anamnesis médica, examen físico, examen mental y pruebas de laboratorio, con el fin de apoyar el diagnóstico diferencial y considerar otras comorbilidades médicas en el plan de tratamiento integral.	C(++)	↑↑(1)
	Se debe Evaluar riesgo suicida en todo paciente con Depresión desde la valoración inicial y de forma periódica	B(+++)	↑↑(1)
	Se recomienda utilizar GHQ-12 se utilizará para la detección de Depresión en consultantes de 15 años y más.	A(++++)	↑↑(1)
	Algunas de las escalas que podrían resultar útiles en la evaluación de Depresión son la <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> (HRSD), la <i>Montgomery Asberg Depression Rating Scale</i> (MADRS), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). GE Ver Anexo Escalas para diagnóstico de Depresión	D(+)	↑↑(1)
	El proceso de diagnóstico de la Depresión deberá descartar Depresión bipolar.	A(++++)	↑↑(1)
	En todo episodio depresivo, para determinar la gravedad se debe considerar: <ul style="list-style-type: none"> • Recurrencia • Comorbilidades • Factores psicosociales del 	A(++++)	↑↑(1)

	<p>paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Discapacidad asociada a la Depresión. 		
	El proceso de diagnóstico de la Depresión deberá considerar la presencia de comorbilidad física y mental, así como estudiar causas médicas generales y/o asociadas a sustancias u otros medicamentos.	A(++++)	↑↑(1)
	Se debe solicitar Hemograma, Glicemia, T3, T4 y TSH a todo paciente con sospecha de Depresión, para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos y otros exámenes según criterio médico.	C(++)	↑↑(1)
	En adultos mayores (>65 años) el diagnóstico deberá incorporar el estudio de deterioro cognitivo, así como otras comorbilidades frecuentes en este grupo etario.	A(++++)	↑↑(1)
	Para elaborar el plan individual de tratamiento integral se debe realizar una evaluación integral de la situación de salud y de vida de la persona, la que incluye diagnóstico psicosocial, evaluación psicológica según las características del cuadro clínico y evaluación interdisciplinaria.	C(++)	↑↑(1)

2.2 TRATAMIENTO

Pregunta de investigación	Recomendación	Calidad de la Evidencia	Grado de Recomendación
¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas eficaces y disponibles para el manejo de los	Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la Depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integral.	C(++)	↑↑(1)
	El plan de tratamiento de la Depresión se realizará	A(++++)	↑↑(1)

Trastornos Depresivos en los pacientes adultos de la clínica Montserrat?	considerando la severidad del cuadro, las características del primer episodio, la refractariedad, comorbilidades, persistencia, sexo y etapa de ciclo vital.		
	Todo plan de tratamiento debe incluir especificaciones respecto de las metas del tratamiento y sus plazos.	A(++++)	↑↑(1)
	Toda persona tratada por Depresión, independientemente de la gravedad de la misma, debe recibir seguimiento por a lo menos 6 meses contados desde la remisión total de los síntomas.	A(++++)	↑↑(1)
	Para los episodios depresivos leves la psicoeducación o las psicoterapias eficaces para Depresión moderada y severa, son tratamientos alternativos a los antidepresivos. Cuando se usa medicación, las preferencias del paciente, experiencias positivas previas, la presencia de episodios moderados o severos en el pasado, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y otros antidepresivos nuevos, excepto por la reboxetina son medicamentos de primera elección. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP	A(++++)	↑↑(1)
	Para episodios depresivos moderados, ISRS y otros antidepresivos nuevos excepto por Reboxetina son medicamentos de primera elección. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP	A(++++)	↑↑(1)
	Para episodios de Depresión severa los antidepresivos tricíclicos, ISRS, y los inhibidores de	A(++++)	↑↑(1)

	<p>recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) pueden ser recomendados.</p> <p>GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>		
	<p>TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO</p>		
	<p>La consejería, la intervención psicosocial grupal y la psicoeducación son recomendables para todas las personas con Depresión</p>	A(++++)	↑↑(1)
	<p>La psicoterapia debería ser considerada dentro del tratamiento inicial para pacientes con Depresión leve.</p> <p>Se recomienda además en combinación con antidepresivos para pacientes con Depresión moderada a severa y para pacientes quienes tienen solo una respuesta parcial a la medicación antidepresiva o quienes hayan tenido problema en la adherencia al tratamiento farmacológico. La preferencia del paciente por la medicación antidepresiva o la psicoterapia y la disponibilidad de psicoterapia, debe ser considerada cuando se decide iniciar un tratamiento entre medicamentos antidepresivos o psicoterapia.</p> <p>GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	B(+++)	↑↑(1)
	<p>Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas en Depresiones leves.</p>	A(++++)	↑↑(1)
	<p>La psicoterapia psicodinámica de plazo corto se considera para todas las personas con Depresión leve a moderada con una duración entre 16 a 20 sesiones en cuatro a seis meses.</p> <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL</p>	✓	↑↑(1)

EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS COLOMBIA.		
Las estrategias de abordaje de episodios depresivos graves son la terapia cognitivo conductual o interpersonal en conjunto con fármacos antidepresivos.	A(++++)	↑↑(1)
En la Depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	B(+++)	↑↑(1)
El tratamiento psicológico de elección en la Depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	B(+++)	↑↑(1)
Deben considerarse la terapia cognitivo-conductual para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	B(+++)	↑↑(1)
Indicar programa estructurado de actividad física para el tratamiento de personas con Depresión.	A(++++)	↑↑(1)
Durante el tratamiento hospitalario se recomienda el acompañamiento por parte del personal de	✓	↑↑(1)

	<p>enfermería permanente, conocido dentro de la Clínica como auxiliar de enfermería especial, quien pueda cumplir las funciones de un yo auxiliar dentro del tratamiento institucional, en especial para los niños y jóvenes, así como adultos mayores, dadas sus condiciones de vulnerabilidad y cuidado especial.</p>		
	<p>TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</p>		
	<p>La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos secundarios y su tolerabilidad, la seguridad y las propiedades farmacológicas, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costos y las preferencias de los pacientes. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA</p>	<p>A(++++)</p>	<p>↑↑(1)</p>
	<p>Utilizar como medicamento de primera línea, en episodio depresivo moderado y grave, un antidepresivo ISRS.</p>	<p>A(++++)</p>	<p>↑↑(1)</p>
	<p>No utilizar antidepresivos tricíclicos como fármaco de primera línea.</p>	<p>A(++++)</p>	<p>↓↓(1)</p>
	<p>El tratamiento farmacológico debe extenderse por 6 a 12 meses luego de la remisión completa de síntomas, en todos los grupos poblacionales.</p>	<p>B(+++)</p>	<p>↑↑(1)</p>
	<p>Durante las semanas iniciales al tratamiento con benzodiacepinas puede ser útil en los casos de Depresión con síntomas de ansiedad o trastornos de ansiedad comórbidos. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	<p>A(++++)</p>	<p>↑↑(1)</p>
	<p>Se recomienda que el tratamiento</p>	<p>A(++++)</p>	<p>↑↑(1)</p>

	de mantenimiento se realice con la misma dosis con la que se alcanzó la respuesta. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA		
	Considere utilizar tratamiento farmacológico profiláctico en personas que han tenido tres o más episodios depresivos	A(++++)	↑↑(1)
	En pacientes con Depresión psicótica una combinación de antidepresivos con medicamentos antipsicóticos es recomendada al inicio del tratamiento. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP	B(+++)	↑↑(1)
¿Cuáles son las opciones terapéuticas farmacológicas y no farmacológicas que puede considerar el clínico en el tratamiento de Depresión resistente?	En Depresiones resistentes o refractarias se debe reevaluar el diagnóstico inicial, sospechar trastorno bipolar, comorbilidad o trastorno de personalidad.	B(+++)	↑↑(1)
	En pacientes con Depresión resistente al tratamiento farmacológico se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	B(+++)	↑↑(1)
	En Depresiones refractarias se debe optimizar dosis o cambiar antidepresivo, y/o potenciar con litio, antipsicóticos, yodotironina o un segundo antidepresivo. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA, GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP	A(++++)	↑↑(1)
	Cuando la estrategia a seguir sea el cambio de antidepresivo se	C(++)	↑↑(1)

	<p>sugiere valorar inicialmente un ISRS diferente u otro antidepresivo de segunda generación. En caso de no conseguir respuesta se podría valorar un antidepresivo con mayores efectos secundarios, como los tricíclicos o los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO).</p> <p>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA</p>		
	<p>Con el uso largo de la mayoría de los antidepresivos, se recomienda un periodo de discontinuación entre 1 y 4 semanas más que la discontinuación abrupta, pues esta puede causar síntomas de discontinuación. Sin embargo, aunque la transición a un nuevo antidepresivo puede ser realizada de manera que se sobreponga el uso de ambos medicamentos en la mayoría de los casos, el cambio que incluya a un IMAO irreversible debe ser realizado con precaución y con un periodo de <i>wash out</i> de 2 semanas entre los 2 medicamentos (5 semanas cuando se trata de Fluoxetina).</p> <p>GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	✓	↑↑(1)
	<p>Cambiar de un ISRS a Venlafaxina puede considerarse una alternativa apropiada.</p> <p>GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	C(++)	↑↑(1)
	<p>La combinación de ISRS y Mirtazapina podría ser una opción recomendable, teniendo en cuenta la posibilidad de efectos adversos.</p> <p>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA</p>	C(++)	↑(2)
	<p>La potenciación con Litio o con antipsicóticos, como la Olanzapina,</p>	C(++)	↑↑(1)

<p>Quetiapina, Aripiprazol o Risperidona, puede ser también una estrategia a considerar aunque teniendo en cuenta la posibilidad del incremento de los efectos adversos.</p> <p>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA</p>		
<p>Agregar litio a un tratamiento antidepresivo está recomendado cuando la monoterapia ha fallado.</p> <p>GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	A(++++)	↑↑(1)
<p>La terapia de aumento con litio debe ser administrada para 2 a 4 semanas en orden de permitir el acompañamiento a la respuesta del paciente. Se recomienda un nivel sérico e litio entre 0.6 a 0.8 mmol/L. En caso de respuesta el litio debe ser continuado por al menos 12 meses.</p> <p>GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	A(++++)	↑↑(1)
TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)		
<p>En la Depresión grave resistente a tratamiento se puede utilizar terapia electroconvulsiva.</p>	A(++++)	↑↑(1)
<p>Entre las indicaciones para la TEC como tratamiento de primera línea se considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresión mayor severa con síntomas psicóticos • Depresión mayor severa con retardo psicomotor • Depresión mayor resistente al tratamiento • Rechazo a la ingesta de comida u otras situaciones especiales cuando el alivio rápido se requiere. (Ejem: alto riesgo de suicidio o 	C(++)	↑(2)

	<p>contraindicación para medicación como en casos de embarazo).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con experiencias previas positivas con el uso de TEC • Pacientes que prefieran TEC por una razón específica. <p>GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>		
	<p>La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma conjunta con el paciente y/o la familia, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, alternativas terapéuticas y preferencias del paciente.</p> <p>GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA</p>	✓	↑↑(1)
	<p>Previo a la implementación del tratamiento con TEC, debe ser realizada una evaluación médica del paciente en colaboración con anestesiología, medicina interna y neurología.</p> <p>Se indica precaución en pacientes con evidencia de aumento de la presión intracraneal o fragilidad cerebrovascular, en pacientes con enfermedad cardiovascular, infarto cardíaco reciente, isquemia miocárdica, falla cardíaca congestiva, arritmias cardíacas o marcapasos, aneurisma abdominal y pacientes con osteoporosis severa. La TEC solo puede ser realizada por un anestesiólogo con experiencia en esta intervención de tratamiento.</p> <p>GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	✓	↑↑(1)

<p>¿Cuáles son los posibles efectos adversos de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas usadas en el tratamiento de los Trastornos Depresivos?</p>	<p>Efectos secundarios sexuales y metabólicos deben ser monitorizados en pacientes que están siendo tratados con antidepresivos. GUÍAS CLÍNICAS PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL ADULTO. CANMAT</p>	B(+++)	↑↑(1)
	<p>Si los efectos adversos permanecen y son difíciles de tratar en circunstancias de respuesta o remisión, estrategias para el manejo de estos efectos, incluyendo reducción de dosis, antídotos farmacológicos y opciones de cambio deben ser consideradas. GUÍAS CLÍNICAS PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL ADULTO. CANMAT</p>	C(++)	↑↑(1)
	<p>En cada paciente individual los beneficios potenciales de un tratamiento adjunto con benzodiacepinas debe ser cuidadosamente medido en contra de posible daño (incluyendo sedación, dificultades psicomotoras o cognitivas, potenciación de otros depresores del sistema nervioso central, desarrollo de dependencia y síndromes de discontinuación). En general, las benzodiacepinas no deben ser administradas a pacientes con historia de abuso o dependencia de alcohol, Es también recomendado que la duración de la administración de benzodiacepinas en pacientes deprimidos debe ser típicamente restringida a un máximo periodo de aproximadamente 4 – 6 semanas hasta que el antidepresivo haya probado ser efectivo. GUÍAS CLÍNICAS PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL ADULTO.</p>	✓	↑↑(1)

	CANMAT. Ver Tabla Efectos Adversos		
¿Qué estrategias pueden favorecer la adherencia al tratamiento en los pacientes con Trastornos Depresivos?	Aplicar estrategias para mejorar adherencia al tratamiento de Depresión, con psicoeducación, participación de familiares y grupos de autoayuda.	C(++)	↑↑(1)

2.3 RIESGO DE SUICIDIO

Pregunta de investigación	Recomendación	Calidad de la Evidencia	Grado de recomendación
¿Cuál es la mejor manera de evaluar la presencia de riesgo suicida en pacientes con Depresión?	El psiquiatra debe hacer una evaluación clínica detallada para todo paciente con trastorno depresivo, que incluya una descripción clara de la enfermedad actual, los antecedentes personales y familiares, un examen físico completo, la escala para evaluar riesgo suicida SAD PERSONS y las siguientes preguntas como parte de la anamnesis: Actualmente usted: 1. ¿Siente que vale la pena vivir? 2. ¿Desea estar muerto? 3. ¿Ha pensado en acabar con su vida? 4. Si es así, ha pensado ¿cómo lo haría? ¿Qué método utilizaría? 5. ¿Tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan? En este punto se debe explorar si el paciente tiene a su alcance medios para concretar un acto suicida como: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad. 6. ¿Qué le impide hacerse daño?	✓	↑↑(1)

	<p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA. Ver Anexo Escalas</p>		
<p>¿Qué medidas de intervención y cuidado deben implementarse en el manejo de Trastornos</p>	<p>El paciente depresivo que ha realizado un intento suicida, debe ser evaluado por el psiquiatra e ingresado a tratamiento</p>	<p>C(++)</p>	<p>↑↑(1)</p>
<p>Depresivos en quienes se identifica un incremento en el riesgo de suicidio?</p>	<p>En la clínica Montserrat de acuerdo al modelo de atención de los procesos de consulta no programada y hospitalización psiquiátrica a todo paciente que ingresa se le debe aplicar escalas de riesgo entre ellas auto y heteroagresión evaluar ideación e intentos de suicidio, un examen mental que determine la presencia de síntomas psicóticos, estado de juicio de realidad, examen físico en el cual se evalué la condición general del paciente, escala de funcionamiento GAF y una evaluación de la red de apoyo. Estos factores serán tenidos en cuenta para la hospitalización así como otros factores psicosociales y los siguientes descritos que son a la vez criterios de hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de letalidad en un intento suicida • Intentos suicidas previos • Escasa o nula red de apoyo • Enfermedad psiquiátrica descompensada comorbida a un intento suicida <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	<p>C(++)</p>	<p>↑↑(1)</p>

<p>¿Qué criterios debe considerar el clínico para indicar un manejo hospitalario a pacientes con Depresión en la Clínica Montserrat?</p>	<p>Los pacientes adultos con diagnóstico de Depresión deben ser manejados en hospitalización en presencia de cualquiera de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio de cualquier tipo. • Ideación suicida estructurada que constituya un plan. • Síntomas psicóticos. • Compromiso del estado general (Inanición, deshidratación, desnutrición). • Conductas de riesgo o autoagresión en presencia de ideación suicida. • Consumo concomitante de sustancias que estén poniendo en riesgo la vida del paciente. • Presencia de factores estresantes psicosociales que a juicio del médico psiquiatra dificulten el manejo ambulatorio (Ejem: paciente sin red de apoyo, víctima de violencia intrafamiliar, abuso o negligencia, pérdida de empleo, pérdida de pareja). <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	<p>✓</p>	<p>↑↑(1)</p>
<p>¿Qué criterios debe considerar el clínico para dar de alta a un paciente en tratamiento hospitalario con diagnóstico de</p>	<p>De acuerdo al modelo de atención del proceso de hospitalización psiquiátrica en la Clínica Montserrat, se debe realizar al ingreso un plan de manejo individualizado para cada paciente. Cuando se</p>	<p>✓</p>	<p>↑↑(1)</p>

<p>Depresión en la Clínica Montserrat?</p>	<p>cumpla con los objetivos de este plan de ingreso, se establezcan las condiciones que llevaron a la hospitalización y se considere que existen las adecuadas condiciones para continuar el manejo ambulatorio, se recomienda dar egreso al paciente.</p>		
<p>¿Qué estrategias de manejo pueden favorecer la disminución en el número de recaídas o recurrencia de los Trastornos Depresivos?</p>	<p>Utilice Psicoeducación y técnicas cognitivo conductuales como estrategia terapéutica en la prevención de recurrencias y recaídas en las que puedan incluirse la red de apoyo.</p>	<p>A(++++)</p>	<p>↑↑(1)</p>
<p>¿Qué estrategias de manejo pueden favorecer la disminución en el número de recaídas o recurrencia de los Trastornos Depresivos?</p>	<p>Considere el uso continuo de antidepresivos hasta dos años si el paciente adulto con diagnóstico de Depresión presenta uno o más de los siguientes antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene tres o más episodios depresivos previos. • Tiene síntomas residuales. • Tiene problemas de salud comórbidos. • El episodio fue grave con o sin psicosis. • Tiene otra comorbilidad psiquiátrica • Tiene vulnerabilidad a la recaída por factores estresantes psicosociales. <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	<p>✓</p>	<p>↑(1)</p>
<p>¿Qué estrategias de manejo pueden favorecer la disminución en el número de recaídas o recurrencia de los Trastornos Depresivos?</p>	<p>En pacientes adultos con diagnóstico de Depresión el uso de antidepresivos por más de dos años debe ser personalizado de acuerdo con criterio del especialista y las preferencias del paciente, evaluando beneficios y riesgos.</p> <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y</p>	<p>✓</p>	<p>↑(1)</p>

	<p>TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>		
	<p>En adultos con tratamiento farmacológico para Depresión, cuando suspenda cualquier antidepresivo, hágalo gradualmente en el lapso de un mes para evitar los síntomas de discontinuación, especialmente la Paroxetina y la venlafaxina, e informe al paciente sobre los posibles síntomas de discontinuación que son: cambios en el ánimo, inquietud, insomnio, sudoración, náuseas y parestesias.</p> <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	✓	↑↑(1)
	<p>Todo paciente adulto con diagnóstico de Depresión en tratamiento con antidepresivos al que se le retire el medicamento debe ser evaluado al primer y tercer mes para monitorizar la reaparición de síntomas.</p> <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	✓	↑(1)

4. DEFINICIONES

Depresión: Síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, 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 o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Depresión resistente: Es aquella que no responde al tratamiento farmacológico o lo hace de manera parcial, a pesar de que se usen medicamentos adecuados a dosis óptimas y por el tiempo necesario para esperar una respuesta. Las estrategias terapéuticas a seguir dependen de factores como la respuesta al tratamiento en episodios previos y en el actual, la presencia de factores de riesgo, el perfil de síntomas y la gravedad del cuadro. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Recaída: Empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Recurrencia: Desarrollo de un trastorno depresivo en una persona que previamente ha padecido Depresión. Habitualmente se considera que el nuevo episodio depresivo ocurre después de seis meses. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Remisión: Requiere que el paciente este asintomático, que no sufra más allá de los síntomas residuales mínimos y haya logrado una restauración total de su funcionamiento. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Remisión completa: Periodo de tiempo en que el paciente esta asintomático, teniendo en cuenta que no implica ausencia total de síntomas. Como ejemplos de criterios operativos se usan HRSD 17 (Escala de Hamilton para Depresión) menor de 7, BDI (Inventario de Depresión de Beck) menor de 8 y duración inferior a 6 meses. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Remisión parcial: Periodo en el que se observa una mejoría importante, pero donde persiste la presencia de algo más que síntomas mínimos. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Respuesta: Ausencia de síntomas o disminución significativa de la sintomatología de Depresión durante al menos dos semanas. También se considera respuesta aquella mejoría al menos del 50% respecto a los valores iniciales en una escala de medición de Depresión. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Recuperación: Es la duración del periodo de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación completa del Episodio Depresivo. Según los criterios DSM-

IV, este periodo seria de dos meses. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Conducta Suicida: La conducta suicida es el resultado de la confluencia de distintas situaciones y factores que se combinan entre sí para generar un abanico que iría desde la ideación hasta el suicidio consumado. En la actualidad se considera que el suicidio se mueve a lo largo de un continuum de diferente naturaleza y gravedad, que va desde la ideación (idea de la muerte como descanso, deseos de muerte e ideación suicida) hasta la actuación conductual creciente (amenazas, gestos, tentativas y suicidio).(Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Ideación Suicida: Pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación o método. (Ministerio de Salud, 2013)

Gesto Suicida: Acción destructiva no letal que se considera un pedido de ayuda o una manipulación sin intenciones serias de quitarse la vida y que con frecuencia no requiere de la intervención de otra persona para que termine. (Ministerio de Salud, 2013)

Intento Suicida: Conductas o actos que intencionalmente busca el ser humano para causarse daño hasta alcanzar la muerte no logrando la consumación de ésta. (Ministerio de Salud, 2013)

Suicidio: El suicidio es un acto complejo, que se define como la muerte causada por sí mismo en forma voluntaria e intencional. Representa el fin de una combinación de factores que incluyen vulnerabilidades biológicas y parte de la historia de vida (ocupación, separación o divorcio, circunstancias sociales, pérdida del trabajo, creencias religiosas, entre otros). Ocurre con frecuencia asociado a Depresión u otras enfermedades psiquiátricas, es un problema de salud pública alrededor del mundo, y una tragedia para la familia y allegados de quienes lo cometen. (Ministerio de Salud, 2013)

5. EVIDENCIA Y RECOMENDACIONES

5.1 GENERALIDADES

La Depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a través de una serie de síntomas que no solo implica ánimo triste sino que también puede incluir cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de preocupación o angustia, más allá de lo que se considera normal e implicando un compromiso del funcionamiento de la persona. Se asocia a la pérdida de interés en actividades previamente satisfactorias, alteraciones en la concentración y elevada autocrítica. Tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios. La Depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo teniendo en cuenta el número total de AVISA (Años de Vida Saludable perdidos).(Ministerio de Salud, 2013)

En todas las edades, las características prominentes de los Trastornos Depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, tristeza o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, anhedonia, sentimientos de culpa, abulia, dificultades en la concentración, alteraciones en el apetito, cambios en el procesamiento psicomotor (retraso o agitación) e ideación suicida.

Según su intensidad, los Trastornos Depresivos se pueden clasificar como leves, moderados o graves. Para los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM IV-TR, la gravedad de los episodios está dada por el número, el tipo y la intensidad de los síntomas, la ideación suicida y la presencia de síntomas psicóticos así como en el grado de deterioro funcional. (Ministerio de Salud, 2013)

Siguiendo lo planteado por Zuckerbrot y colaboradores, la Depresión Leve puede ser caracterizada respecto de que el paciente obtenga puntuaciones más bajas en las escalas estandarizadas de Depresión, con breve duración de los síntomas o con criterios mínimos para la Depresión. El DSM-IV señala que la Depresión leve puede definirse como la presencia de entre 5 a 6 síntomas leves, además de experimentar sólo un leve deterioro en su funcionamiento. (Ministerio de Salud, 2013)

Los cambios asociados a un Trastorno Depresivo, pueden ser más fácilmente identificables en los ámbitos en los cuales las personas se desenvuelven más regularmente. De esta forma, los cambios en los contextos familiares, educativos o laborales, persistentes por más de dos semanas casi todos los días, puede ser manifestaciones de un cuadro depresivo, como por ejemplo:

- Falta de interés en las actividades que normalmente resultan agradables
- Cansancio o sensación de agotamiento constantes
- Alteraciones fisiológicas sostenidas, como insomnio-hipersomnia o falta-aumento del apetito.
- Disminución de la capacidad para concentrarse o disminución del rendimiento escolar o laboral
- Irritabilidad o labilidad emocional
- Quejas somáticas constantes
- Aumento en el consumo de sustancias
- Expresión de ideas de desesperanza o culpa

(Ministerio de Salud, 2013)

En las mujeres, la Depresión tiende a aparecer en una edad más temprana, se presenta con una mayor frecuencia de episodios, con un mayor número de síntomas y con tasas mucho mayores de Depresión Atípica. En un análisis estadístico multivariable se encontró que la edad temprana de aparición, el exceso de autocrítica y la disminución de la libido, son los mejores predictores de Depresión mayor en mujeres. Un número elevado de síntomas atípicos en las mujeres podría estar reflejando una diferencia fisiopatológica en la Depresión de hombres y mujeres.

La Depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, sugiriendo que los efectos de la Depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo el impacto de la Depresión es mucho más profundo, afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo. Es entonces comprensible porque la Depresión causa una discapacidad laboral significativa. La naturaleza de la Depresión no es físicamente medible, depende del autoreporte o de la inferencia que se haga de la conducta de la persona deprimida lo que contribuye a la falta de comprensión y al estigma, dilatando o impidiendo la adecuada detección y manejo. (Ministerio de Salud, 2013)

Ambiente Laboral

Nieuwenhuijsen y colaboradores sostienen que la Depresión, además de tener graves consecuencias en términos de sufrimiento individual, tiene un gran impacto en el funcionamiento social y la capacidad laboral de las personas. En conjunto con el ausentismo los trabajadores deprimidos necesitan un esfuerzo extra para ser productivos durante su trabajo y experimentan limitaciones específicas en su capacidad de trabajar. Estas limitaciones incluyen la realización de tareas cognitivas e interpersonales, el manejo y la gestión del tiempo, y el cumplimiento de las demandas de resultados.

Los trabajadores con Depresión tienen un mayor riesgo de perder sus puestos de trabajo y esto aumenta el riesgo de una espiral descendente, ya que el desempleo es a su vez un factor de riesgo para Depresión. Si bien existen distintas intervenciones de eficacia probada para el tratamiento de la Depresión, éstas no siempre tienen un efecto inmediato en la discapacidad laboral asociada. En general la recuperación de las capacidades laborales, se producen con un tiempo de retraso luego de la reducción sintomática. (Ministerio de Salud, 2013)

Personas con Problemas de Salud Crónicos

La comorbilidad de Depresión y enfermedades crónicas no sólo disminuye la supervivencia, sino que también tiene un impacto en la calidad de vida de las personas. El aumento en el riesgo de mortalidad en personas que han sufrido un ataque cardíaco y que presentan una Depresión concomitante, es exclusivo para personas que desarrollan el Trastorno Depresivo posteriormente.

En el caso de las personas con Depresión y con una enfermedad crónica concomitante, el pronóstico de la Depresión suele ser sustancialmente peor, dado que el problema de salud físico seguirá estando presente, aunque la evidencia objetiva de esta afirmación no está disponible. En ocasiones cuando la Depresión ocurre en ausencia de enfermedades crónicas físicas, puede estar acompañada de varios síntomas somáticos; cuando se acompaña con una enfermedad crónica física, la dificultad para distinguir los síntomas somáticos de aquellos que ocurren producto del problema de salud física, es especialmente difícil.

Frecuentemente acuden a la atención primaria personas con Depresión y un problema crónico de salud física, pero sólo una minoría de los pacientes señala algún problema psicológico como motivo de consulta. La mayoría se queja de dolor y otros síntomas somáticos y el resto menciona problemas como sueño y fatiga. Cuando un problema crónico de salud física es identificado, la atención se tiende a desplazar a éste y la Depresión puede ser pasada por alto.

Grandes estudios epidemiológicos poblacionales, han reportado tasas más altas de riesgo suicida relacionadas con distintos problemas graves de salud física, incluido el Cáncer, Diabetes, enfermedades renales terminales, Epilepsia, Esclerosis Múltiple, infartos y traumatismos cerebrales. Estos hallazgos señalan la importancia de detectar y tratar la Depresión en personas con un problema crónico de salud física. (Ministerio de Salud, 2013)

Factores Protectores y de Riesgo

La siguiente lista de factores de riesgo para población general se elaboró en base a las guías de práctica clínica NICE para el tratamiento de la Depresión. Se considera como factor de riesgo para el desarrollo de un Trastorno Depresivo:

- Presencia de enfermedades crónicas, como el Cáncer, Diabetes, problemas cardíacos o el VIH han demostrado incrementar el riesgo de desarrollar un trastorno depresivo.
- En mujeres, la obesidad mórbida con un IMC mayor a 40 ha mostrado tener una fuerte asociación con Depresión.
- La fatiga crónica ha mostrado asociación con la presencia de Trastornos Depresivos, Distimia y trastorno bipolar.
- Situaciones de violencia intrafamiliar
- Historia familiar o antecedentes personales de Depresión
- Eventos traumáticos o eventos vitales estresantes, tales como el maltrato infantil y el abuso sexual

En un análisis de 5 cohortes, un grupo de autores definió que, en la tercera edad, los factores de riesgo que han mostrado una asociación más fuerte con el desarrollo de Depresión son:

- Grado de deterioro de la función física o cognitiva
- Mayor discapacidad
- Mayor consumo de medicamentos

Las asociaciones entre historia de enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares o Diabetes y mayor riesgo de Ansiedad y Depresión, no fueron estadísticamente significativas, después de ajustar por potenciales variables de confusión o de mediación en personas de la tercera edad.

En adultos mayores también se han descrito los siguientes factores asociados a Depresión: (1) institucionalización y (2) bajos niveles de funcionalidad diaria. El puntaje de base obtenido en el GDS-15 se asoció con, al menos, el doble de riesgo por cada punto obtenido.

En este grupo, la mayor prevalencia de Depresión se encuentra en población de sexo femenino, específicamente en los grupos de divorciadas o viudas, con prevalencias mayores que en el grupo de personas casadas.

Una revisión crítica de la literatura del 2000 encontró que existen diferencias de género en los factores de riesgo para desarrollar Depresión. Entre las causas de una mayor tasa de Depresión en mujeres frente a los hombres, los autores mencionan:

- El umbral de las mujeres para reportar sintomatología depresiva es menor que el de los hombres
- Las escalas de tamizaje y pruebas diagnósticas de la Depresión no recogen las diferencias de género en las manifestaciones de la Depresión
- Efecto de recuerdo: las mujeres tienden a recordar sintomatología depresiva de forma más estable que los hombres, quienes recuerdan los síntomas de forma aislada
- Curso de la enfermedad: existen algunas sospechas de que el curso natural del Trastorno Depresivo es distinto en hombres que en mujeres.

Entre sus hallazgos, los autores no encontraron diferencias en los factores de riesgo biológicos para el desarrollo de la Depresión entre mujeres y hombres, sin embargo algunas diferencias en la posición y el rol social, estrategias de afrontamiento y vulnerabilidad a efectos adversos son mencionadas.

Los antecedentes traumáticos infantiles, específicamente el abuso sexual infantil, se asocian a mayor severidad de la patología depresiva, suicidio y conductas autodestructivas.

5.2 EPIDEMIOLOGÍA

La Depresión contribuye fuertemente a la carga de enfermedad, ocupando el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios, siendo en todos la principal causa de carga de enfermedad en mujeres.(Ministerio de Salud, 2013)

En los datos reportados dentro del estudio de Salud Mental en Colombia en el año 2003 los Trastornos del estado del ánimo ocupan el segundo lugar en frecuencia con un 15%, con una prevalencia para ambos géneros del 12.1% para el Trastorno depresivo mayor, y del 1.8% para el Trastorno depresivo menor. Ambos diagnósticos fueron más prevalentes en mujeres. (Posada-Villa, Aguilar-Gaxiola, Magaña, & Gomez, 2004)

En el estudio realizado en el 2013 en el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso – Clínica Montserrat, dentro de los diez diagnósticos que se reportaron con mayor frecuencia al egreso, los tres primeros corresponden a Trastornos Depresivos, ocupando el primer lugar el Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos con un 20.7%, el Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Depresivo Grave sin síntomas psicóticos con un 12.5% y el Episodio Depresivo Moderado con un 12.4%. Para el diagnóstico más frecuente, Episodio Depresivo Grave, se encontró que la prevalencia en mujeres fue del 60.1%, mientras en hombres fue del 39.8%.(Martínez V Saúl D, Ramírez Y Ana C, Mayorga F Eliana, Olmedo A Jenniffer J, 2015)

Es importante resaltar la prevalencia de Depresión en personas con otros cuadros o condiciones de salud concomitantes. La Guía de NICE para el tratamiento de la Depresión en adultos con problemas crónicos de salud física (como Cáncer, enfermedades coronarias, trastornos musculo esqueléticos, respiratorios, neurológicos y Diabetes), sostiene que las personas con algún problema de salud física crónico tienen mayores tasas de Depresión y Ansiedad que los controles físicamente sanos. La Depresión es aproximadamente de dos a tres veces más común en las personas con un problema de salud física crónica, respecto a personas sanas. Sin embargo, la mayoría de las personas con un problema de salud físico crónico no tienen Trastornos Depresivos, ocurriendo en aproximadamente el 20% de las personas con estos problemas de salud. (Ministerio de Salud, 2013)

5.3 EVIDENCIA DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

Curso de la Enfermedad Depresión Mayor

Un Episodio Depresivo Mayor puede comenzar en cualquier momento de la vida, generalmente entre los 20 y los 30 años, aunque los datos epidemiológicos sugieren que la edad de inicio se ha ido reduciendo progresivamente. El curso de un Episodio Depresivo Mayor es variable. Algunas personas han tenido un único episodio, separado por muchos años de cualquier síntoma depresivo, mientras otras tienen grupos de episodios y continúan teniéndolos con mayor frecuencia a medida que envejecen. (Ministerio de Salud, 2013)

Los síntomas del Episodio Depresivo Mayor generalmente se desarrollan en días o semanas. Un período prodrómico puede incluir síntomas de ansiedad y sintomatología depresiva leve, que pueden durar semanas a meses, previos al comienzo del desarrollo completo del Episodio Depresivo Mayor.

La duración del Episodio Depresivo Mayor también es variable. Un episodio no tratado, típicamente es de 4 meses o más, sin contemplar la edad de inicio. En la mayoría de los casos, existe una remisión completa de síntomas y la funcionalidad regresa al nivel premórbido. En una proporción significativa de casos (tal vez de 20 al 30%), algunos síntomas depresivos no cumplen criterios para un Episodio Depresivo Mayor, pero pueden mantenerse por meses o años y pueden asociarse a discapacidad o malestar. La remisión parcial que sigue a un Episodio Depresivo Mayor puede ser predictora del patrón de episodios posteriores. En algunos individuos (5-10%) los criterios para el Episodio Depresivo Mayor se siguen cumpliendo por un período mayor a 2 años. (Ministerio de Salud, 2013)

Alguna evidencia sugiere que los períodos de remisión total suelen ser más largos en el curso temprano del trastorno. El número de episodios previos predice la probabilidad de desarrollar un Episodio Depresivo Mayor; así, el 60% de las personas con un único episodio pueden esperar un segundo. Las personas que han tenido 2 episodios, tienen un 70% de probabilidades de tener un tercero y los individuos con 3 episodios, tienen un 90% de posibilidades de tener un cuarto Episodio Depresivo. Cerca de un 5 a un 10% de personas con un Episodio Depresivo Mayor único desarrollan un episodio maniaco posterior. (Ministerio de Salud, 2013)

La naturaleza y curso de la Depresión son afectados significativamente por características psicológicas, sociales y físicas de los pacientes y sus circunstancias. Estos factores tienen una gran influencia sobre la elección del tratamiento y la probabilidad de éste que este pueda beneficiarlo. (Ministerio de Salud, 2013)

En 2004, Leskelä y colaboradores identificaron que, entre pacientes con diagnóstico de Depresión (n=269), la presencia de eventos estresores recientes en el año anterior era elevada (91%). La mayor frecuencia de eventos se dio en los pacientes más jóvenes, con comorbilidad de alcoholismo o trastorno de personalidad, que además percibieron menos apoyo social. A pesar de que la distribución de los eventos desencadenantes fue uniforme en los distintos momentos o fases del cuadro, la mayoría de los sujetos atribuyó la Depresión a alguno de dichos eventos. (Ministerio de Salud, 2013)

En 2006 los mismos autores encontraron que en una muestra de 193 personas con Depresión, estudiadas en el transcurso de 18 meses, los efectos adversos y el apoyo social percibido, influyeron sobre los resultados a mediano plazo y los factores psicosociales parecen jugar un rol en el resultado del tratamiento de las Depresiones leves, pero que son relativamente poco importantes en el curso de las Depresiones graves o recurrentes. (Ministerio de Salud, 2013)

La mayor parte de los episodios depresivos remiten completamente (cerca de 2/3 de los casos). Para la mayoría de los pacientes, un primer episodio sin tratar de Depresión Mayor es seguido por la mejoría de los síntomas. Aunque algunos pacientes vuelven al estado de ánimo y a niveles de función previos al episodio, otros continúan experimentando síntomas residuales subsindromáticos. En una minoría de pacientes, un episodio persiste por más de 2 años, y se define como Depresión crónica. Para los individuos que sólo presentan remisión parcial, existe una alta probabilidad de desarrollar un episodio adicional y continuar el patrón de recuperación parcial inter episódica.

Otros pacientes tienen un trastorno distímico preexistente al inicio del Trastorno Depresivo Mayor de episodio único. Alguna evidencia sostiene que estas personas tienen más posibilidades de desarrollar un segundo episodio, baja recuperación interepisódica y pueden requerir una intervención de fase aguda más intensiva y un mayor tiempo de terapia de mantenimiento para lograr y mantener un completo, largo y duradero estado eutímico.

Estudios naturalísticos de seguimiento sugieren que un año luego del diagnóstico del Episodio Depresivo Mayor, aproximadamente el 40% de las personas continúan teniendo síntomas suficientemente severos como para cumplir criterios, cerca del 20% continúa con sintomatología menos severa que no cumple criterios y un 40% no continúa con algún trastorno del ánimo. La severidad del episodio inicial, parece predecir la persistencia. (Ministerio de Salud, 2013)

Distimia

La Distimia se distingue de la Depresión en la duración del curso (2 años versus 2 semanas) y en la menor severidad de los síntomas (3 o más síntomas presentes la mayoría del tiempo, versus 5 o más síntomas casi todos los días). Para el clínico, existen dificultades en la distinción de ambos cuadros en algunas áreas específicas tales como la Depresión crónica o Depresión en remisión parcial. En estos casos, la severidad de los síntomas indica el diagnóstico de Depresión o Distimia.

La Distimia tiene a menudo un comienzo en la infancia, adolescencia o período de adultez temprana, así como un curso crónico. En el ambiente clínico las personas con Distimia generalmente tienen además un Episodio Depresivo Mayor, el cual es la razón por la que buscan tratamiento. Si la Distimia precede el Trastorno Depresivo Mayor es menos probable que exista una recuperación completa interepisódica.

Las posibilidades de una remisión sintomática espontánea de la Distimia son bajas (cerca de un 10%). La evidencia sugiere que los resultados mejoran significativamente con el tratamiento activo. El curso de la Distimia tratada es similar al de otros Trastornos Depresivos, con o sin un Episodio Depresivo Mayor superpuesto.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos de Depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la *American Psychiatric Association* (DSM). En cualquiera de los casos, el 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:

- Ánimo depresivo
- Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar
- Aumento de la fatigabilidad

Aunque la CIE y el DSM ofrecen un conjunto de criterios y síntomas a evaluar, estos requisitos diagnósticos deben emplearse para orientar la entrevista y el juicio clínico. La entrevista clínica es el procedimiento esencial en el diagnóstico de la Depresión. La evaluación de la Depresión debe realizarse con un enfoque amplio y no debería basarse únicamente en el recuento de síntomas. Debido a que existen diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la Depresión, algunas de las áreas a evaluar son:

- Caracterización del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad.
- Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
- Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.
- Respuesta previa al tratamiento.
- Riesgo de suicidio.

(Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

La valoración del riesgo de suicidio es un aspecto clave debido a que la Depresión mayor es uno de los trastornos mentales que más se asocia a la conducta suicida. Se ha estimado que las personas con Depresión presentan un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general. En la evaluación del riesgo de suicidio se deberá considerar principalmente:

- Presencia de intentos de suicidio previos.
- Abuso de sustancias.
- Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida.
- Otros factores de riesgo como comorbilidad, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.

El momento de la evaluación debería orientarse también al establecimiento de una adecuada relación y alianza terapéutica.

En los trastornos depresivos se utilizan escalas y entrevistas con diferente grado de estructuración como instrumentos de medida de la gravedad de la Depresión y de su respuesta al tratamiento. Tienen como objetivo la evaluación sintomática del paciente en un marco temporal determinado, permitiendo la graduación de cada ítem y obteniendo una puntuación final. No tienen una pretensión diagnóstica, que deberá realizarse a partir de la información psicopatológica obtenida de la entrevista clínica.

Aunque existen diferentes estudios que han puesto de manifiesto que en la práctica clínica no se emplean escalas de forma sistemática, existe un creciente consenso sobre la pertinencia de su incorporación en la práctica clínica sobre todo para monitorizar la respuesta al tratamiento y la evolución de la Depresión. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory)

El objetivo de este instrumento es detectar la presencia de síntomas depresivos y cuantificar su gravedad. El BDI-II es un instrumento autoaplicado de 21 ítems y en cada uno de ellos la persona tiene que elegir, entre cuatro alternativas ordenadas de menor a mayor gravedad, la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total que varía de 0 a 63.

Respecto a la versión anterior (BDI-IA), el BDI-II reemplazó los ítems de pérdida de peso, cambio en la imagen corporal, preocupación somática y dificultades en el trabajo por otros nuevos (agitación, sentimientos de inutilidad, dificultad de concentración y pérdida de energía). Además, se modificaron los ítems de pérdida de apetito e insomnio para que pudieran evaluar tanto las disminuciones como los aumentos del apetito y sueño y se introdujeron modificaciones en varias de las afirmaciones usadas para valorar otros síntomas. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Escala de Depresión Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression)

La escala heteroaplicada de Hamilton para la Depresión (HRSD o HAM-D, *Hamilton Rating Scale for Depression*) fue diseñada para evaluar la intensidad o gravedad de la Depresión por clínicos, siendo una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas depresivos, tanto en la práctica clínica como en la investigación. El marco temporal de la evaluación se corresponde con el momento en el que se aplica, excepto para algunos ítems, como los del sueño, que se refieren a los dos días previos.

La versión original está formada por 21 ítems y fue publicada en 1960. Existe una versión reducida realizada por el mismo autor de 17 ítems, otra versión de 24 y una de 6 ítems constituida por los ítems de humor deprimido, sentimientos de culpa, trabajo y actividades, inhibición, ansiedad psíquica y síntomas somáticos de la versión 17.

Sumando las puntuaciones de cada ítem, la escala de Hamilton proporciona una puntuación global de la gravedad del cuadro depresivo (los puntos de corte y los descriptores de los distintos grados de Depresión se muestran en la tabla 6). También se puede obtener la puntuación de tres factores o índices, sumando las de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6).

La respuesta al tratamiento se define habitualmente como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es ≤ 7 . (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Escala de Depresión Montgomery Asberg (Montgomery Asberg Depression Rating Scale)

La *Montgomery Asberg Depression Rating Scale* (MADRS) es una escala heteroaplicada mediante entrevista que consta de 10 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas depresivos. La escala debe ser administrada por un clínico, aunque existen versiones autoaplicadas que han demostrado una correlación moderada/buena con la versión heteroaplicada.

Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente. Frente a la HRSD presenta la ventaja de no estar contaminada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su administración en pacientes con sintomatología física predominante. El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de la versión en español fue realizada en 2002.

Al igual que en el caso de la HRSD, la respuesta al tratamiento se define como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es $\leq 8-12$.

La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Diagnóstico Diferencial

Una anamnesis médica puede ayudar a descartar algunos trastornos médicos que pueden generar síntomas de Depresión Mayor. Si bien no ha sido claramente establecido el beneficio de las pruebas de laboratorio, incluidas las tiroideas dentro de la evaluación del Trastorno Depresivo, están presentes en la mayoría de las recomendaciones de guías de práctica clínica como parte del proceso de diagnóstico diferencial e integral.

1. **Fármacos y Sustancias:** Algunos agentes que deben ser evaluados frente a la sospecha de un cuadro depresivo son:
 - Medicamentos como los esteroides, interferón, alfa-metildopa, isotretinoína, vareniclina y la terapia hormonal pueden estar relacionados con Depresión.
 - Consumo de alcohol o de drogas hipnóticas pueden inducir Depresión y la comorbilidad es común.
 - Abstinencia o discontinuación de cocaína, ansiolíticos y anfetaminas pueden similar cuadros de Depresión.
 - Algunas reacciones frente a los medicamentos pueden ser similares a un cuadro depresivo. Es necesario evaluar si es el fármaco el que induce una respuesta depresiva.
2. **Trastorno Bipolar:** Al enfrentarse a un paciente con Trastorno Depresivo es relevante considerar y evaluar la existencia de un Trastorno Bipolar. Existen estudios que evidencian que entre un 25 a 50% de los pacientes con diagnóstico

de Trastorno Depresivo tienen, en realidad Trastorno Bipolar. Los pacientes con Trastorno Bipolar se encuentran sintomáticos entre un tercio y la mitad del tiempo, fundamentalmente con síntomas depresivos. Los pacientes con Trastorno Bipolar I presentan episodios depresivos hasta 37 veces más que episodios de hipomanía y los episodios de Depresión preceden a los episodios de Manía entre 5 a 10 años en el Trastorno Bipolar.

En consideración con lo anterior frente a todo paciente con Trastorno Depresivo, es importante que se indague sobre historia de manía, hipomanía, antecedentes familiares de Trastorno Bipolar y evaluar la necesidad de utilizar el MDQ (Mood Disorder Questionnaire) como instrumento de tamizaje de Trastorno Bipolar, es importante considerar que existe una baja tasa de autoreporte espontáneo o ante la exploración dirigida de síntomas de Trastorno Bipolar por parte de los propios pacientes. En ocasiones, los pacientes pueden experimentar los episodios de exaltación del ánimo de forma placentera y no considerarlos una condición anormal. También puede que no sean capaces de recordarlos o diferenciarlos de la normalidad. Esto explica que en la mayoría de las oportunidades, los pacientes con Trastorno Bipolar consultan principalmente en presencia de Episodios Depresivos.

Existen algunos elementos que permiten distinguir entre un Trastorno Depresivo unipolar y un Trastorno Bipolar con episodio actual depresivo, (Ver Anexo Diferencias entre Depresión Bipolar y unipolar) algunos de éstos son: presencia de antecedentes familiares de Trastorno Bipolar, edad de inicio del trastorno depresivo antes de los 25 años, recurrencia de episodios depresivos, presentación de y/o características atípicas de los síntomas depresivos como hiperfagia, hipersomnia, síntomas psicóticos, retardo psicomotor, culpa patológica, etc., sin embargo los síntomas de la Depresión en curso usualmente no permite diferenciarla.

Otro indicador relevante es la no respuesta frente al uso de antidepresivos. Por ello pacientes con nula o escasa respuesta a tratamiento con un número de antidepresivos mayor a dos, deben ser evaluados y sospecharse Trastorno Bipolar. A la inversa, pacientes que han experimentado respuesta inusualmente rápida frente al uso de antidepresivos (días a pocas semanas) o viraje hacia manía o hipomanía frente al uso de estos, también deberían considerarse como indicador para diferenciar ambos trastornos.

Comorbilidades Frecuentes

- **Otros Trastornos psiquiátricos**

Existen otros trastornos psiquiátricos incluidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades que presentan síntomas depresivos. Dentro de los trastornos de ocurrencia más frecuente se encuentran el Trastorno mixto de ansiedad y Depresión (F41.2) y los Trastornos de adaptación (F43.2).

Campos, M. S. y Martínez-Larrea J.A, estudiaron la comorbilidad de los trastornos afectivos con otros trastornos mentales, centrándose en los Trastornos de Ansiedad, Esquizofrenia, Dependencia a Sustancias Psicoactivas, Trastornos de Alimentación, Trastornos de Personalidad y Trastorno Obsesivo Compulsivos. El estudio encontró una alta prevalencia de síntomas y/o trastornos afectivos en concomitancia con otros trastornos mentales. Para los Trastornos Ansiosos se encontraron prevalencias de comorbilidad a lo largo de la vida de un 50%. En relación con la Esquizofrenia, los estudios muestran que a menudo la Depresión puede confundirse con los síntomas

negativos propios de la enfermedad o con los efectos de los antipsicóticos y en los Trastornos de Alimentación, se encontró una asociación más consistente entre Depresión y Bulimia. Respecto al resto de patologías estudiadas (Dependencia a Sustancias Psicoactivas, Trastornos de Personalidad y Trastorno Obsesivo Compulsivo), se observaron cifras altas de comorbilidad.

La comorbilidad psiquiátrica impacta tanto en el pronóstico clínico de la Depresión como sus consecuencias sociales, aumenta la persistencia sintomática, la tendencia a la cronicidad y el riesgo de mortalidad; a la vez que disminuye la respuesta a los tratamientos y el rendimiento laboral, y aumenta el uso de recursos. Es por tanto fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial, evaluando la comorbilidad especialmente con Trastornos por Estrés Post Traumático, Trastornos de Ansiedad, Somatización, Trastornos Disociativos, Abuso de Sustancias, Trastorno de la Alimentación, Trastorno de Personalidad, conductas autodestructivas y violencia intrafamiliar.

En relación con la comorbilidad de Depresión y Trastorno por Estrés Post Traumático (TEPT), el estudio realizado por Zlotnick el año 2006, encontró que un 33% de las mujeres con TEPT tenían al mismo tiempo el diagnóstico de Distimia y un 18,3% el de Depresión Mayor. El TEPT lo presentan con doble frecuencia las mujeres que los hombres y el factor de riesgo más importante encontrado para el desarrollo del TEPT fue el abuso sexual infantil. El TEPT es altamente subdiagnosticado en las muestras clínicas. Se estima que la prevalencia de abuso de sustancias entre personas con Depresión mayor alcanza entre un 8 y un 21%.

- **Adulto Mayor**

Al momento de realizar un diagnóstico de Depresión en el adulto mayor, es necesario considerar que frecuentemente presentan polifarmacia, lo que puede inducir, potenciar o interferir con el tratamiento del cuadro depresivo. De la misma forma, es pertinente evaluar la presencia de síntomas cognitivos en el marco del proceso diagnóstico del adulto mayor, distinguiendo entre la Depresión con síntomas cognitivos asociados (Pseudodemencia), Depresión con alteración cognitiva concomitante y Depresión con disfunción ejecutiva (muy resistente al tratamiento farmacológico). Cerca de un 17% de pacientes con Alzheimer u otros Trastornos Cognitivos subcorticales presentan Depresión mayor.

- **Adolescente**

En la etapa adolescente entre el 40 y el 70% presentan otros trastornos mentales asociados a la Depresión y entre el 20 y el 50% han sido diagnosticados de dos o más patologías. La comorbilidad más frecuente son los Trastornos de Ansiedad seguidos por los Trastorno por Déficit de Atencional e Hiperactividad y Abuso de Sustancias. La Depresión se manifiesta generalmente después del inicio de otros trastornos psiquiátricos, pero a su vez la presencia de Depresión incrementa el riesgo de desarrollarlos.

Excepto para el Abuso de Sustancias, el Trastorno Depresivo Mayor es más probable que ocurra después del comienzo de los otros trastornos. La presencia de comorbilidades afecta de forma importante en la aparición de Depresión resistente, la duración del episodio, ideación o comportamientos suicidas, nivel de funcionamiento cotidiano o respuesta al tratamiento.

El diagnóstico de Depresión puede hacerse si los síntomas depresivos no son atribuibles solamente a enfermedades o medicaciones y si el adolescente satisface los criterios para Depresión (CIE-10).

Entre los factores a considerar en el diagnóstico integral se encuentran la historia familiar de Depresión, el abuso o maltrato infantil, los eventos vitales traumáticos, y las enfermedades crónicas. Así mismo, existen factores de riesgo asociados a un peor pronóstico del cuadro depresivo, tales como el sexo femenino, elevados niveles de culpa, episodios depresivos previos y psicopatología parental.

Es importante considerar que algunos adolescentes con Depresión acuden a consultar al nivel primario por dolores físicos de diversa índole, como por ejemplo cefaleas, epigastralgia, dolor lumbar o de extremidades.

Diagnóstico de la Discapacidad Asociada al Cuadro Depresivo

Existen escalas para la evaluación de la discapacidad asociada a cualquier trastorno, mental o físico, que permiten medir la percepción de discapacidad así como la incapacidad de realizar actividades de la vida cotidiana. El SF-36 es uno de los instrumentos para medir la calidad de vida asociada a salud más utilizados. Contiene 36 preguntas de respuesta cerrada, agrupadas en 2 subescalas: (1) Salud física y (2) Salud mental. Puede ser aplicado a personas de 14 años y más, mediante entrevista personal, telefónica o auto administrado.

- **Resumen de la evidencia**

- La evaluación de la Depresión debe realizarse con un enfoque amplio y no basarse únicamente en el recuento de síntomas. (B) Algunas áreas a evaluar son:
 - Características del episodio: duración, cantidad e intensidad de los síntomas, comorbilidad.
 - Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).
 - Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.
 - Respuesta previa al tratamiento.
 - Evaluación de la seguridad y del riesgo de suicidio.
- La evaluación del riesgo de suicidio en la Depresión es fundamental debido a su frecuente asociación. (B)
- En la valoración del riesgo de suicidio es importante considerar (B):
 - Presencia de intentos de suicidio previos y abuso de sustancias
 - Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida
 - Otros factores de riesgo como comorbilidad, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.
- El momento de la evaluación también debe orientarse al establecimiento de una relación y alianza terapéuticas. (D)
- Los cuestionarios de evaluación de la Depresión pueden ser útiles en la ayuda al diagnóstico o al tamizaje, como instrumentos de valoración de la gravedad y de seguimiento clínico y de respuesta al tratamiento. (D)
- Existen diferentes instrumentos que han demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas para la evaluación de la Depresión. (D) Entre los más empleados destacan:

- Beck Depression Inventory: tanto su versión original, como sus actualizaciones BDI-IA y BDI-II, han sido adaptados y validados en español
- Hamilton Rating Scale for Depression: existe adaptación y validación al castellano de su versión original, y análisis comparativos de las versiones de 17 y 24 ítems
- Montgomery Asberg Depression Rating Scale: existe versión validada en español
- Otras escalas frecuentemente empleadas son la Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9), Zung Self-Rating Depression Scale o Center for Epidemiologic Studies Depression Rating Scale (CES-D). Todas ellas cuentan con adaptación y validación al español.

RECOMENDACIONES DIAGNÓSTICO TRASTORNOS DEPRESIVOS

Recomendación	Calidad de la Evidencia	Grado de Recomendación
Todo médico deberá realizar diagnóstico de Depresión utilizando criterios CIE-10 y DSM IV TR	C(++)	↑↑(1)
En el diagnóstico de la Depresión se debe realizar una anamnesis médica, examen físico, examen mental y pruebas de laboratorio, con el fin de apoyar el diagnóstico diferencial y considerar otras comorbilidades médicas en el plan de tratamiento integral.	C(++)	↑↑(1)
Se debe Evaluar riesgo suicida en todo paciente con Depresión desde la valoración inicial y de forma periódica	B(+++)	↑↑(1)
Se recomienda utilizar GHQ-12 se utilizará para la detección de Depresión en consultantes de 15 años y más.	A(++++)	↑↑(1)
Algunas de las escalas que podrían resultar útiles en la evaluación de Depresión son la <i>Hamilton Rating Scale for Depression</i> (HRSD), la <i>Montgomery Asberg Depression Rating Scale</i> (MADRS), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI). (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014) Ver Anexo Escalas para diagnóstico de Depresión	D(+)	↑↑(1)
El proceso de diagnóstico de la Depresión deberá descartar Depresión bipolar.	A(++++)	↑↑(1)

<p>En todo episodio depresivo, para determinar la gravedad se debe considerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recurrencia • Comorbilidades • Factores psicosociales del paciente • Discapacidad asociada a la Depresión. 	A(++++)	↑↑(1)
<p>El proceso de diagnóstico de la Depresión deberá considerar la presencia de comorbilidad física y mental, así como estudiar causas médicas generales y/o asociadas a sustancias u otros medicamentos.</p>	A(++++)	↑↑(1)
<p>Se debe solicitar Hemograma, Glicemia, T3, T4 y TSH a todo paciente con sospecha de Depresión, para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos y otros exámenes según criterio médico.</p>	C(++)	↑↑(1)
<p>En adultos mayores (>65 años) el diagnóstico deberá incorporar el estudio de deterioro cognitivo, así como otras comorbilidades frecuentes en este grupo etario.</p>	A(++++)	↑↑(1)
<p>Para elaborar el plan individual de tratamiento integral se debe realizar una evaluación integral de la situación de salud y de vida de la persona, la que incluye diagnóstico psicosocial, evaluación psicológica según las características del cuadro clínico y evaluación interdisciplinaria.</p>	C(++)	↑↑(1)

5. 4 TRATAMIENTO

5.4.1 GENERALIDADES

La Depresión puede ser tratada efectivamente, mediante la utilización de estrategias terapéuticas farmacológicas y/o psicoterapéuticas. Una revisión Cochrane publicada en 2012, encontró una mejoría significativamente mayor en los adultos con Depresión tratados con el modelo de atención colaborativo en el corto, mediano y largo plazo.

Depresión Leve

En Depresiones leves, el tratamiento más efectivo es la atención psicoterapéutica de apoyo que incluya psicoeducación, herramientas de resolución de problemas y consejería de apoyo. (Ministerio de Salud, 2013)

Depresión Moderada

El tratamiento de personas con Trastornos Depresivos de intensidad moderada, incluye las intervenciones descritas para el Episodio Depresivo leve y agrega el uso de

medicamentos antidepresivos y hospitalización en caso necesario. Si bien no existen diferencias importantes en la efectividad de los diferentes fármacos antidepresivos, se utilizan de preferencia, los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS) por su mejor perfil de efectos colaterales. Si bien los ISRS son una buena primera opción de tratamiento, debe considerarse en la elección además otros factores como: respuesta a tratamientos previos, antecedente de respuesta a tratamiento en familiares, comorbilidad, costo y acceso, preferencias del paciente. (Ministerio de Salud, 2013)

Depresión Grave

El tratamiento de las personas con Episodios Depresivos de intensidad grave, incluye intervenciones descritas para la Depresión leve, antidepresivos para el tratamiento de la Depresión moderada y psicoterapia. Se han encontrado diferencias significativas al añadir TCC al tratamiento con antidepresivos, sobretodo mientras mayor es el grado de severidad. (Ministerio de Salud, 2013)

Depresión con Psicosis

En ensayos controlados, se ha mostrado la efectividad del uso de fármacos antidepresivos y antipsicóticos en el tratamiento de la Depresión con Psicosis (tanto si los síntomas psicóticos son congruentes con el estado de ánimo como cuando no lo son). La efectividad se ha visto tanto con los antipsicóticos tradicionales (Haloperidol), como con los atípicos (Olanzapina, Risperidona). (Ministerio de Salud, 2013)

Depresión Resistente

Se entiende como Depresión resistente aquella que no responde al tratamiento en las dosis óptimas durante el tiempo adecuado. Nierenberg, define la Depresión Resistente como la que presenta una nula o pobre respuesta a uno o varios intentos terapéuticos en dosis, métodos y tiempos adecuados.

Cuando esto ocurre, el mecanismo de acción consiste en la reevaluación diagnóstica, especialmente respecto de otros trastornos que puedan ser de atención clínica, así como también de la presencia de trastornos de personalidad o retraso mental y factores psicosociales que puedan dar luces respecto de la falta de respuesta. (Ministerio de Salud, 2013)

Las estrategias posibles de utilizar para potenciar la respuesta terapéutica son:

- a. **Optimización:** Comienza con la reevaluación diagnóstica, intentando descartar factores de confusión en el diagnóstico inicial. Posteriormente se puede recurrir al aumento de las dosis farmacológicas, aunque esta estrategia no está muy bien fundamentada.
- b. **Potenciación:** Consiste en adicionar otro fármaco no antidepresivo. Así por ejemplo, al fracasar el tratamiento agudo se recomienda aumentar el mismo con la adición de Litio, hormonas tiroideas, Buspirona, Pindolol, Triptofano, etc. La terapia de aumento mediante Carbonato de Litio está bien documentada, y puede ser de utilidad en un 50% de los casos no respondedores, al cabo de 2 a 3 semanas. En el caso de las hormonas tiroideas, se ha favorecido el uso de Triyodotironina, iniciándose con 25 microgramos por día para continuar con 50 microgramos. El uso de Tetrayodotironina, Buspirona, Triptofano y el bloqueador presináptico Pindolol ha sido más debatido en la literatura y cuenta con menor documentación científica. Es necesario tener en cuenta algunos casos de síndrome

serotoninérgico descritos durante la terapia de aumento con Litio. Estudios recientes de terapia de aumento con Olanzapina, un antipsicótico con efecto antagonista sobre el receptor serotoninérgico-2, han abierto interesantes perspectivas en este sentido.

- c. **Cambio o substitución:** De agente antidepresivo, de preferencia de un grupo neuroquímico distinto. Así por ejemplo pasar de un ISRS a uno de acción noradrenérgica, o bien de acción mixta.
- d. **Combinación:** Sumar un nuevo antidepresivo de otro grupo o reiniciar combinando dos antidepresivos de grupos diferentes.
- e. **Terapia Electroconvulsiva:** Se utiliza en adultos y adolescentes con Depresión Severa y refractaria a otras formas de tratamiento. Puede ser indicado cuando las condiciones del paciente configuran un riesgo vital para sí mismo o para terceros y los riesgos del manejo farmacológico pueden superar los beneficios, como en la caso de los adultos mayores y las mujeres en embarazo. (Ministerio de Salud, 2013)

Fases del Tratamiento de la Depresión

El tratamiento del Episodio Depresivo puede dividirse en 2 fases: (1) aguda y (2) de continuación.

- Fase Aguda

Objetivo: lograr la remisión completa de síntomas.

Tareas: establecer el perfil adecuado de intervenciones para un paciente específico, considerando factores individuales como edad, sexo, antecedentes psiquiátricos, alergias, y factores familiares como historial psiquiátrico familiar. Otra tarea importante de esta etapa es descartar la presencia de otros factores que pueden originar o contribuir al desarrollo y mantenimiento del cuadro, como son factores médicos, farmacológicos, abuso de sustancias, etc. De la misma forma, en esta etapa se debe estar atento a los posibles efectos adversos de los fármacos, cuando son prescritos e implementar acciones para reducirlos o controlarlos.

Acciones: intervenciones terapéuticas, psicosociales, psicoterapéuticas, farmacológicas u otras. La elección dependerá, entre otros factores, de la severidad, curso de la patología, complicaciones o comorbilidades presentes.

- Fase de Continuación

Objetivo: mantener los logros terapéuticos obtenidos en la fase aguda, evitando recaídas y recurrencia.

Tareas: estimular la adherencia al tratamiento, la recuperación de la funcionalidad y el retorno a los niveles premórbidos optimizando la calidad de vida.

Acciones: intervenciones terapéuticas, psicosociales, psicoterapéuticas, farmacológicas u otras. Se debe considerar el historial previo con el fin de elegir la mejor o las mejores estrategias, así como la duración del tratamiento. (Ministerio de Salud, 2013)

5.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Ejercicio físico

Un metaanálisis de 23 ensayos (907 sujetos), encontró un amplio y un efecto estadísticamente significativo en el ejercicio (medido pos tratamiento) en comparación con ningún tratamiento o con un grupo control. En el seguimiento los efectos fueron moderados cuando se analizaron 5 estudios con seguimiento, por separado.

Algunos estudios han puntualizado en las características de los programas de ejercicio adecuados para producir efectos beneficiosos, enfatizando en la cantidad de sesiones semanales, la duración de las mismas, las calorías consumidas y el ritmo cardíaco adecuado.

Un ensayo controlado reciente buscó evaluar la costo-efectividad de la actividad física como una intervención para el tratamiento de la Depresión (TREAD trial). Consistió en una intervención destinada a aumentar la autonomía y estimular la adopción del ejercicio físico en 361 pacientes con Depresión (CIDI-10 e Inventario de Depresión de Beck mayor o igual a 14 puntos), con edades comprendidas entre los 18 y 69 años. El seguimiento se realizó a las 4, 8 y 12 meses. Las principales medidas de resultado fueron: (1) puntaje de Depresión en el Inventario de Beck a los 4 meses, (2) síntomas depresivos a los 12 meses, (3) calidad de vida, (4) utilización de fármacos antidepresivos y (5) grado de actividad física. Los resultados principales demostraron que el grupo de intervención tuvo una pequeña reducción de los puntajes en el Inventario de Beck, respecto del grupo control [-0.54, 95% IC -3.06 a 1.99]. Sin embargo no existe evidencia respecto de que la intervención mejore los resultados para la Depresión. Tampoco se generó evidencia que indique diferencias en la prescripción o el autoreporte de antidepresivos en ambos grupos. La cantidad de actividad física en el grupo de intervención fue mayor (OR 2.3, 95% IC 1.3 - 3.9) y se mantuvo hasta el fin de la intervención. Los autores concluyen que esta intervención no es costo efectiva, desde un punto de vista sanitario. (Ministerio de Salud, 2013)

Psicoterapias Efectivas

Un metaanálisis publicado en 2010 que buscaba estimar si el efecto del tratamiento psicológico dependía de la gravedad del cuadro depresivo (N= 132 estudios, 10.134 participantes) encontró que el tamaño del efecto del tratamiento psicológico fue consistentemente mayor que las condiciones del control. No encontró señales de que las mediciones pre intervención fueran predictores del tamaño del efecto del tratamiento psicológico, utilizando sólo los síntomas depresivos como resultados principales. En el subconjunto de estudios que analizó los resultados según la gravedad de la Depresión, el tamaño del efecto fue mayor en los pacientes con mayor gravedad ($d=0.63$) que en los pacientes de menor gravedad ($d= 0,22$).

No existe evidencia suficiente para entregar recomendaciones detalladas respecto del número de sesiones de terapia requerida para obtener mayor eficacia, mantener el efecto o evitar recaídas. (Ministerio de Salud, 2013)

Terapia Interpersonal (TIP)

Diversas revisiones sistemáticas con metaanálisis, han mostrado la eficacia de la TIP en la reducción de síntomas depresivos, en comparación con otros tipos de terapia psicológica, intervención farmacológica y placebo. (Ministerio de Salud, 2013)

Terapia de Activación Conductual

Una revisión sistemática (N= 16 estudios y 780 sujetos) encontró que la terapia de activación conductual es más efectiva que el control en la remisión de sintomatología depresiva. Un ensayo clínico randomizado (N=241) encontró que la Terapia de Activación conductual fue efectiva en el tratamiento agudo de la Depresión, aún entre los pacientes más severamente deprimidos. El estudio concluye que la activación conductual fue comparable a la medicación antidepresiva y muy superior a la terapia cognitiva conductual. Otro ensayo clínico randomizado encontró que en el seguimiento a 2 años luego del fin del tratamiento, la activación cognitiva y la terapia cognitivo-conductual, fueron tan eficaces como la mantención de la medicación en la prevención de recaídas. (Ministerio de Salud, 2013)

Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Un cuerpo robusto de evidencia soporta a la TCC como estrategia de intervención efectiva en la reducción sintomática de la Depresión. Comparada con otras técnicas de psicoterapia y en el seguimiento la TCC muestra ser tan efectiva como el tratamiento farmacológico y más que otras técnicas psicoterapéuticas. La TCC ha demostrado ser efectiva en adultos con trastorno depresivo que no responden al tratamiento farmacológico (15 a 30 sesiones). Sin embargo la evidencia no es concluyente para apoyar recomendaciones en este grupo de pacientes. (Ministerio de Salud, 2013)

Terapia Psicodinámica

En el 2004 se publicó una revisión respecto de la efectividad de la psicoterapia psicodinámica sobre un grupo de trastornos específicos, entre ellos la Depresión. Las conclusiones globales de los autores fueron que, en términos generales, la Terapia Psicodinámica tuvo efectos similares a las demás terapias psicológicas y efectos mayores que los pacientes en lista de espera y las intervenciones habituales. En el caso de la Depresión, sólo se encontraron 3 estudios, de los cuales uno correspondía a Depresión posparto. Sólo una revisión sistemática comparó los efectos de la Terapia Psicodinámica con la TCC, encontrando similares efectos entre ambas. (Ministerio de Salud, 2013)

Ningún estudio encontrado ha reportado efectos adversos de la psicoterapia en el tratamiento de personas con Depresión.

Resumen de la evidencia

- En una revisión sistemática que evaluó todos aquellos ensayos clínicos aleatorizados que compararon una intervención psicoterapéutica (terapia cognitivo-conductual, terapia de resolución de problemas, terapia psicodinámica, entrenamiento en habilidades sociales, terapia interpersonal y activación conductual) con un grupo control (lista de espera, atención habitual o placebo) en adultos con Depresión mayor, se encontró que las psicoterapias fueron superiores a estar en lista de espera, con un tamaño de efecto moderado-alto. Sin embargo, los resultados no mostraron diferencias al comparar las diferentes intervenciones entre sí, ni entre formatos individuales y grupales. (A)
- La TCC obtuvo puntuaciones similares al tratamiento farmacológico antidepresivo (fundamentalmente ISRS y ADT) en las escalas HRSD y BDI, tanto al finalizar el tratamiento como al mes de seguimiento, mientras que a los 12 meses de tratamiento se observó cierta superioridad de la TCC. (A)
- El tratamiento combinado de TCC más antidepresivos tiene menor riesgo de discontinuación que los antidepresivos solos y reduce de forma significativa la

puntuación en escalas tanto autoaplicadas como heteroaplicadas. Sin embargo, no se observó ningún beneficio en añadir tratamiento antidepresivo a la TCC al finalizar el tratamiento o al mes. La evidencia de eficacia del tratamiento combinado a 6 y 12 meses es limitada. (A)

- No se observaron diferencias clínicamente relevantes en la puntuación de escalas de Depresión, tanto autoaplicadas como heteroaplicadas, entre la activación conductual y la TCC o el placebo, al final del tratamiento. (A)
- La guía del NICE incluyó cuatro estudios que compararon la TCC con la TIP sin encontrar diferencias clínicamente relevantes en las puntuaciones de escalas de Depresión al final del tratamiento. (A)
- La terapia psicodinámica breve es menos eficaz que los fármacos antidepresivos en reducir las puntuaciones de escalas de Depresión heteroaplicadas al final del tratamiento. (A)
- En comparación con la activación conductual, la terapia psicodinámica breve presenta un elevado y significativo riesgo de discontinuación, mientras que en comparación con la lista de espera, un estudio mostró un significativo efecto sobre las puntuaciones de escalas de Depresión heteroaplicadas y un efecto similar al compararla con la terapia de apoyo. (A)
- En pacientes con Depresión menor o Distimia, añadir terapia psicodinámica al tratamiento antidepresivo reduce significativamente las puntuaciones de escalas de Depresión heteroaplicadas a los 24 y 48 meses de seguimiento, en comparación con solo tratamiento farmacológico. (A)

5.4.3 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

No hay estudios comparativos con placebo que soporte la elección del antidepresivo adecuado. En general mientras mayor es la severidad de los síntomas, mayor es el efecto al tratamiento. El número necesario a tratar (NNT) de los antidepresivos sobre ningún tratamiento es de 3 y de 5 para los antidepresivos sobre placebo. (Ministerio de Salud, 2013)

Actualmente existen más de treinta fármacos antidepresivos eficaces, con distintos mecanismos de acción, farmacocinética y farmacodinamia. Dichos fármacos antidepresivos presentan una similar eficacia, diferenciándose principalmente en su perfil de efectos colaterales, sus cualidades farmacocinéticas, su eficacia en otras patologías psiquiátricas o en sus mecanismos de acción. (Ministerio de Salud, 2013)

Todos los antidepresivos muestran un patrón de respuesta, en la cual la tasa de mejoría es más alta durante 1-2 semanas y más baja durante las semanas 4-6. Los ISRS son bien tolerados en comparación con los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y generalmente se recomiendan como primera línea de tratamiento farmacológico para la Depresión. (Ministerio de Salud, 2013)

a. Antidepresivos Tricíclicos (ATC)

La mayoría de los agentes tricíclicos inhiben la recaptación de norepinefrina, serotonina y, en menor medida, dopamina, bloquean además receptores colinérgicos muscarínicos, receptores histamínicos H1 y receptores alfa (α) 1 adrenérgicos; estos últimos mecanismos se han asociados a los distintos efectos colaterales de los tricíclicos.

Existe evidencia que sugiere una diferencia estadísticamente significativa en favor de otros tipos de fármacos antidepresivos en reducir la posibilidad de abandono del tratamiento debido a efectos secundarios (N= 8888; RR 0.71; IC 95%, 0.65 - 0.78). Tal como señala Heerlein, en los últimos años se ha tendido a minimizar el uso de los antidepresivos tricíclicos en el tratamiento de la Depresión, debido a que otros fármacos presentan un menor espectro de efectos colaterales.

Diversos estudios controlados y algunos metaanálisis han demostrado que los antidepresivos tricíclicos no son más eficaces que el placebo para el tratamiento de la Depresión en niños y adolescentes y no deben utilizarse como fármacos de primera línea. Por otra parte, estos fármacos se asocian con una mayor tasa de efectos secundarios que los ISRS y pueden ser mortales al ingerir una sobredosis. (Ministerio de Salud, 2013)

b. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

Los ISRS inhiben a la bomba de recaptación pre sináptica de serotonina, lo cual aumenta inicialmente la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico, produciendo una regulación de los receptores, incrementando finalmente la transmisión neta serotoninérgica. El síndrome de interrupción de los ISRS se ha descrito como la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas, desarrollados entre 1 a 7 días luego de la suspensión o reducción de la dosis de ISRS, posterior a su uso durante al menos un mes y que provocan malestar clínicamente significativo o deterioro y no pueden atribuirse a una enfermedad médica o recurrencia de un trastorno mental:

- Mareos
- Aturdimiento
- Vértigo o sensación de desmayo,
- Sensaciones de parestesia
- Ansiedad
- Diarrea
- Fatiga
- Inestabilidad en la marcha
- Dolor de cabeza
- Insomnio
- Irritabilidad
- Náuseas o vómitos
- Temblores
- Alteraciones visuales

(Ministerio de Salud, 2013)

(Ver Anexo Medicamentos para Depresión).

5.5 EFECTOS ADVERSOS

Un ensayo clínico cuyo objetivo fue evaluar el comportamiento de los efectos adversos de los antidepresivos (Fluoxetina y Paroxetina) a lo largo de 6 meses de tratamiento en hombres (N = 30) y mujeres (N = 55), encontró que el número de eventos adversos moderados y severos disminuyó con el tiempo. Los pacientes con Depresión más severa reportaron total mayor de eventos adversos, sin embargo la disminución de los eventos adversos fue comparable en el tiempo. Respecto al género, hombres y mujeres reportaron inicialmente el mismo número de eventos adversos moderados y severos, pero la habituación fue más rápida en los hombres ($p < .0001$). Respecto de los abandonos (N = 27), no fue diferente en un principio entre hombres y mujeres, pero entre quienes completaron el tratamiento la habituación fue más rápida ($p = 0,014$). De la misma forma,

la habituación fue más rápida en pacientes hombres con un primer episodio depresivo, con respecto a las mujeres y a los recidivantes ($p=0.0025$). (Ministerio de Salud, 2013)

Otro Ensayo clínico aleatorizado que buscó determinar si los efectos adversos por Ansiedad experimentados durante el tratamiento antidepresivo inicial se asocian con efectos adversos posteriores, luego de cambiar a un segundo antidepresivo, encontró que los pacientes que experimentaron esta clase de efectos adversos en el tratamiento inicial con antidepresivos ISRS fueron más propensos a reportar efectos adversos similares luego del cambio de antidepresivo, incluso cuando estos fueron de otra familia o clase. (Ministerio de Salud, 2013)

Un ensayo clínico aleatorizado cuyo objetivo fue evaluar las diferencias en los eventos adversos en pacientes con Depresión Mayor que recibieron un segundo medicamento además de Citalopram y pacientes que cambiaron a una monoterapia alternativa después de fallar la primera etapa de tratamiento con Citalopram, encontró que la proporción de incidencia de eventos adversos y eventos adversos específicos fueron similares entre ambos grupos. La proporción de incidencia total de cualquier evento estresante fue de 0,78 [IC 95% 0.72 - 0.84] en el grupo de aumento y 0,80 (95% CI 0.74-0.85) en el grupo de interruptores, sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos. (Ministerio de Salud, 2013)

En personas de edad avanzada, no existe ningún fármaco ideal, ya que todos se han relacionado con problemas o efectos adversos. Generalmente los ISRS son mejor tolerados que los tricíclicos, sin embargo hay que considerar que los primeros aumentan el riesgo de hemorragias y hemorragias gastrointestinales, sobretodo en personas muy ancianas, con antecedentes de riesgo o en tratamiento con un esteroide (AINE, esteroides o warfarina). Los ancianos son especialmente propensos a desarrollar hiponatremia con ISRS, así como hipotensión postural y caídas. (Ministerio de Salud, 2013)

Finalmente, un estudio diseñado para examinar la asociación entre los antidepresivos tricíclicos, ISRS y otros antidepresivos y el riesgo de fracturas no vertebrales en personas de edad avanzada, encontró un riesgo de fractura no vertebral de 2,35 (IC 95%, 1,32 - 4,18) para usuarios actuales de ISRS en comparación con personas no usuarias de antidepresivos, sin que ajustes múltiples para factores de riesgo afectaran la asociación. Por su parte, el uso de los antidepresivos tricíclicos se asoció con un mayor riesgo de fracturas que sí disminuyó con el uso prolongado. Una revisión sistemática publicada en 2009 apoya la posible asociación entre uso de ISRS y ADT en el riesgo de fracturas. (Ministerio de Salud, 2013) (Ver Anexo Medicamentos para Depresión)

Resumen de la evidencia

- Al comparar la eficacia de los antidepresivos ISRS entre si se han observado algunas diferencias estadísticamente significativas aunque de dudosa relevancia clínica. La comparación entre diferentes ISRS (Escitalopram vs Paroxetina, Fluoxetina vs sertralina, y fluvoxamina vs sertralina) no ha mostrado diferencias significativas en el mantenimiento de la respuesta o en alcanzar la remisión. (A)
- No se han observado diferencias significativas en la eficacia de los ISRS frente a otros antidepresivos de segunda generación (IRDN, ISRN, ASIR, NASSA)(A)
- Aunque algunos estudios han señalado que la mirtazapina podría presentar mayor rapidez de acción que otros ISRS (Citalopram, Fluoxetina, Paroxetina y sertralina), su eficacia antidepresiva no es mayor. La tasa de respuesta es similar a las 4

semanas y para encontrar una respuesta adicional en la primera o segunda semana, el NNT es de 7.(A)

- La GPC del NICE recomienda mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses tras la remisión del episodio. La necesidad de un mantenimiento superior a los 6 meses vendría dada por el número de episodios previos de Depresión, la presencia de síntomas residuales o la concurrencia de comorbilidades o dificultades psicosociales.(D)
- Otras GPC recomiendan mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos 12 meses tras la remisión del episodio y en aquellos pacientes con factores de riesgo se valorara un tratamiento antidepresivo a largo plazo por un mínimo de 2 años. (D)
- La dosis de mantenimiento debe ser la misma con la que se obtuvo la mejoría, ya que se ha observado que aquellos pacientes que reducen la dosis presentan mayores tasas de recaída que los que continúan con la misma. (D)
- El cese de un tratamiento antidepresivo debe realizarse reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, aunque algunas personas necesitaran periodos más prolongados, particularmente con fármacos de vida media corta como la Paroxetina o venlafaxina. Debido a su larga vida media, la reducción gradual no sería necesaria con la Fluoxetina.(D)

RECOMENDACIONES TRATAMIENTO

Recomendación	Calidad de la Evidencia	Grado de Recomendación
Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la Depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integral.	C(++)	↑↑(1)
El plan de tratamiento de la Depresión se realizará considerando la severidad del cuadro, las características del primer episodio, la refractariedad, comorbilidades, persistencia, sexo y etapa de ciclo vital.	A(++++)	↑↑(1)
Todo plan de tratamiento debe incluir especificaciones respecto de las metas del tratamiento y sus plazos.	A(++++)	↑↑(1)
Toda persona tratada por Depresión, independientemente de la gravedad de la misma, debe recibir seguimiento por a lo menos 6 meses contados desde la remisión total de los síntomas.	A(++++)	↑↑(1)
Para los episodios depresivos leves se recomienda usar la psicoeducación o psicoterapias eficaces. Mientras que para Depresión moderada y severa, son	A(++++)	↑↑(1)

<p>tratamientos alternativos a los antidepresivos. Cuando se usa medicación se debe tener en cuenta las preferencias del paciente, experiencias positivas previas, la presencia de episodios moderados o severos en el pasado, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y otros antidepresivos nuevos, excepto por la reboxetina son medicamentos de primera elección. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>		
<p>Para episodios depresivos moderados, los ISRS y otros antidepresivos nuevos son medicamentos de primera elección. Excepto por Reboxetina GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	A(++++)	↑↑(1)
<p>Para episodios de Depresión severa los antidepresivos tricíclicos, ISRS, y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) pueden ser recomendados. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	A(++++)	↑↑(1)
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO		
<p>La consejería, la intervención psicosocial grupal y la psicoeducación son recomendables para todas las personas con Depresión</p>	A(++++)	↑↑(1)
<p>La psicoterapia debería ser considerada dentro del tratamiento inicial para pacientes con Depresión leve. Se recomienda además en combinación con antidepresivos para pacientes con Depresión moderada a severa y para pacientes quienes tienen solo una respuesta parcial a la medicación antidepresiva o quienes hayan tenido problema en la adherencia al tratamiento farmacológico. La preferencia del paciente por la medicación antidepresiva o la psicoterapia y la disponibilidad de psicoterapia, debe ser considerada cuando se decide iniciar un tratamiento entre</p>	B(+++)	↑↑(1)

medicamentos antidepresivos o psicoterapia. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP		
Iniciar con opciones terapéuticas no farmacológicas en Depresiones leves.	A(++++)	↑↑(1)
La psicoterapia psicodinámica de plazo corto se considera para todas las personas con Depresión leve a moderada con una duración entre 16 a 20 sesiones en cuatro a seis meses. GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS COLOMBIA.	✓	↑↑(1)
Las estrategias de abordaje de episodios depresivos graves son la terapia cognitivo conductual o interpersonal en conjunto con fármacos antidepresivos.	A(++++)	↑↑(1)
En la Depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	B(+++)	↑↑(1)
El tratamiento psicológico de elección en la Depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	B(+++)	↑↑(1)
Deben considerarse la terapia cognitivo-conductual para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	B(+++)	↑↑(1)

Indicar programa estructurado de actividad física para el tratamiento de personas con Depresión.	A(++++)	↑↑(1)
Durante el tratamiento hospitalario se recomienda el acompañamiento por parte del personal de enfermería permanente, conocido dentro de la Clínica como auxiliar de enfermería especial, quien pueda cumplir las funciones de un yo auxiliar dentro del tratamiento institucional, en especial para los niños y jóvenes, así como adultos mayores, dadas sus condiciones de vulnerabilidad y cuidado especial.	✓	↑↑(1)
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO		
La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos secundarios y su tolerabilidad, la seguridad y las propiedades farmacológicas, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costos y las preferencias de los pacientes. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	A(++++)	↑↑(1)
Utilizar como medicamento de primera línea, en episodio depresivo moderado y grave, un antidepresivo ISRS.	A(++++)	↑↑(1)
No utilizar antidepresivos tricíclicos como fármaco de primera línea.	A(++++)	↓↓(1)
El tratamiento farmacológico debe extenderse por 6 a 12 meses luego de la remisión completa de síntomas, en todos los grupos poblacionales.	B(+++)	↑↑(1)
Durante las semanas iniciales al tratamiento con benzodicepinas puede ser útil en los casos de Depresión con síntomas de ansiedad o trastornos de ansiedad comórbidos. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP	A(++++)	↑↑(1)
Se recomienda que el tratamiento de mantenimiento se realice con la misma dosis con la que se alcanzó la respuesta.	A(++++)	↑↑(1)

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA		
Considere utilizar tratamiento farmacológico profiláctico en personas que han tenido tres o más episodios depresivos	A(++++)	↑↑(1)
En pacientes con Depresión psicótica una combinación de antidepresivos con medicamentos antipsicóticos es recomendada al inicio del tratamiento. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP	B(+++)	↑↑(1)
En Depresiones resistentes o refractarias se debe reevaluar el diagnóstico inicial, sospechar trastorno bipolar, comorbilidad o trastorno de personalidad.	B(+++)	↑↑(1)
En pacientes con Depresión resistente al tratamiento farmacológico se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	B(+++)	↑↑(1)
En Depresiones refractarias se debe optimizar dosis o cambiar antidepresivo, y/o potenciar con litio, antipsicóticos, yodotironina o un segundo antidepresivo. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA, GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP	A(++++)	↑↑(1)
Cuando la estrategia a seguir sea el cambio de antidepresivo se sugiere valorar inicialmente un ISRS diferente u otro antidepresivo de segunda generación. En caso de no conseguir respuesta se podría valorar un antidepresivo con mayores efectos secundarios, como los tricíclicos o los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	C(++)	↑↑(1)
Con el uso largo de la mayoría de los antidepresivos, se recomienda un periodo de discontinuación entre 1 y 4 semanas más que la discontinuación abrupta, pues	✓	↑↑(1)

<p>esta puede causar síntomas de discontinuación. Sin embargo, aunque la transición a un nuevo antidepresivo puede ser realizada de manera que se sobreponga el uso de ambos medicamentos en la mayoría de los casos, el cambio que incluya a un IMAO irreversible debe ser realizado con precaución y con un periodo de <i>wash out</i> de 2 semanas entre los 2 medicamentos (5 semanas cuando se trata de Fluoxetina). GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>		
<p>Cambiar de un ISRS a Venlafaxina puede considerarse una alternativa apropiada. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	C(++)	↑↑(1)
<p>La combinación de ISRS y Mirtazapina podría ser una opción recomendable, teniendo en cuenta la posibilidad de efectos adversos. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA</p>	C(++)	↑(2)
<p>La potenciación con Litio o con antipsicóticos, como la Olanzapina, Quetiapina, Aripiprazol o Risperidona, puede ser también una estrategia a considerar aunque teniendo en cuenta la posibilidad del incremento de los efectos adversos. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA</p>	C(++)	↑↑(1)
<p>Agregar litio a un tratamiento antidepresivo está recomendado cuando la monoterapia ha fallado. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>	A(++++)	↑↑(1)
<p>La terapia de aumento con litio debe ser administrada para 2 a 4 semanas en orden de permitir el acompañamiento a la respuesta del paciente. Se recomienda un nivel sérico e litio entre 0.6 a 0.8 mmol/L. En caso de respuesta el litio debe ser continuado por al menos 12 meses. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO</p>	A(++++)	↑↑(1)

DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP		
TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC)		
En la Depresión grave resistente a tratamiento se puede utilizar terapia electroconvulsiva.	A(++++)	↑↑(1)
Entre las indicaciones para la TEC como tratamiento de primera línea se considera: <ul style="list-style-type: none"> • Depresión mayor severa con síntomas psicóticos • Depresión mayor severa con retardo psicomotor • Depresión mayor resistente al tratamiento • Rechazo a la ingesta de comida u otras situaciones especiales cuando el alivio rápido se requiere. (Ejem: alto riesgo de suicidio o contraindicación para medicación como en casos de embarazo). • Pacientes con experiencias previas positivas con el uso de TEC • Pacientes que prefieran TEC por una razón específica. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP	C(++)	↑(2)
La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma conjunta con el paciente y/o la familia, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, alternativas terapéuticas y preferencias del paciente. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DEPRESIÓN EN EL ADULTO ESPAÑA	✓	↑↑(1)
Previo a la implementación del tratamiento con TEC, debe ser realizada una evaluación médica del paciente en colaboración con anestesiología, medicina interna y neurología. Se indica precaución en pacientes con evidencia de aumento de la presión intracraneal o fragilidad cerebrovascular, en pacientes con enfermedad cardiovascular, infarto cardíaco reciente, isquemia miocárdica, falla cardíaca congestiva,	✓	↑↑(1)

<p>arritmias cardiacas o marcapasos, aneurisma abdominal y pacientes con osteoporosis severa. La TEC solo puede ser realizada por un anestesiólogo con experiencia en esta intervención de tratamiento. GUÍAS PARA TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR WFSBP</p>		
<p>Efectos secundarios sexuales y metabólicos deben ser monitorizados en pacientes que están siendo tratados con antidepresivos. GUÍAS CLÍNICAS PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL ADULTO. CANMAT</p>	<p>B(+++)</p>	<p>↑↑(1)</p>
<p>Si los efectos adversos permanecen y son difíciles de tratar en circunstancias de respuesta o remisión, estrategias para el manejo de estos efectos, incluyendo reducción de dosis, antídotos farmacológicos y opciones de cambio deben ser consideradas. GUÍAS CLÍNICAS PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL ADULTO. CANMAT</p>	<p>C(++)</p>	<p>↑↑(1)</p>
<p>En cada paciente individual los beneficios potenciales de un tratamiento adjunto con benzodiazepinas debe ser cuidadosamente medido en contra de posible daño (incluyendo sedación, dificultades psicomotoras o cognitivas, potenciación de otros depresores del sistema nervioso central, desarrollo de dependencia y síndromes de discontinuación). En general, las benzodiazepinas no deben ser administradas a pacientes con historia de abuso o dependencia de alcohol, Es también recomendado que la duración de la administración de benzodiazepinas en pacientes deprimidos debe ser típicamente restringida a un máximo periodo de aproximadamente 4 – 6 semanas hasta que el antidepresivo haya probado ser efectivo. GUÍAS CLÍNICAS PARA EL MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR EN EL ADULTO.</p>	<p>✓</p>	<p>↑↑(1)</p>

CANMAT. Ver Tabla efectos adversos específicos		
Aplicar estrategias para mejorar adherencia al tratamiento de Depresión, con psicoeducación, participación de familiares y grupos de autoayuda.	C(++)	↑↑(1)

6. RIESGO SUICIDA

Es largamente reconocido que identificar oportunamente el riesgo suicida es una de las medidas más importantes para la prevención. Un estudio sueco puso de manifiesto que el entrenamiento de profesionales de atención primaria en la identificación de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes, se relaciona con una disminución del número de intentos y de suicidios, un incremento de la prescripción de antidepresivos, así como del número de hospitalizaciones. Por ello los profesionales deben estar capacitados para realizar una entrevista clínica tranquila, con tiempo para escuchar cálida y atentamente, tratando al paciente con respeto, sin emitir juicios y estableciendo una relación empática. (Ministerio de Salud, 2013)

El mayor predictor de un futuro intento suicida es el antecedente previo de un intento de suicidio seguido por antecedentes familiares de conducta suicida. Cada intento suicida aumenta el riesgo de recurrir con métodos más agresivos y eficaces.

En la última década, se ha visto a nivel mundial un incremento importante en las tasas de suicidio entre los adolescentes, razón por la cual se están desarrollando una serie de estrategias que apuntan a fomentar en ellos estilos de vida saludables.

La valoración del riesgo de suicidio es un aspecto clave debido a que la Depresión mayor es uno de los trastornos mentales que más se asocia a la conducta suicida. Se ha estimado que las personas con Depresión presentan un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general. En la evaluación del riesgo de suicidio se deberá considerar principalmente:

- Presencia de intentos de suicidio previos.
- Abuso de sustancias.
- Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida.
- Otros factores de riesgo como comorbilidad, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.

(Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

RECOMENDACIONES EVALUACIÓN Y MANEJO DEL RIESGO DE SUICIDIO

Recomendación	Calidad de la Evidencia	Grado de recomendación
<p>El psiquiatra debe hacer una evaluación clínica detallada para todo paciente con trastorno depresivo, que incluya una descripción clara de la enfermedad actual, los antecedentes personales y familiares, un examen físico completo, la escala para evaluar riesgo suicida SAD PERSONS y las siguientes preguntas como parte de la anamnesis:</p> <p>Actualmente usted:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Siente que vale la pena vivir? 2. ¿Desea estar muerto? 3. ¿Ha pensado en acabar con su vida? 4. Si es así, ha pensado ¿cómo lo haría? ¿Qué método utilizaría? 5. ¿Tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan? En este punto se debe explorar si el paciente tiene a su alcance medios para concretar un acto suicida como: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad. 6. ¿Qué le impide hacerse daño? <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA. Ver Anexo Escalas</p>	✓	↑↑(1)
<p>El paciente depresivo que ha realizado un intento suicida, debe ser evaluado por el psiquiatra e ingresado a tratamiento</p>	C(++)	↑↑(1)
<p>En la clínica Montserrat de acuerdo al modelo de atención de los procesos de consulta no programada y hospitalización psiquiátrica a todo paciente que ingresa se le debe aplicar escalas de riesgo entre ellas auto y heteroagresión evaluar ideación e intentos de suicidio, un examen mental que determine la presencia de síntomas psicóticos, estado de juicio de realidad, examen físico en el cual se evalué la condición general del paciente, escala de funcionamiento GAF y una evaluación de la red de apoyo.</p> <p>Estos factores serán tenidos en cuenta para la hospitalización así como otros factores psicosociales y los siguientes descritos que son</p>	C(++)	↑↑(1)

<p>a la vez criterios de hospitalización:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de letalidad en un intento suicida • Intentos suicidas previos • Escasa o nula red de apoyo • Enfermedad psiquiátrica descompensada comorbida a un intento suicida <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>		
<p>Los pacientes adultos con diagnóstico de Depresión deben ser manejados en hospitalización en presencia de cualquiera de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intento de suicidio de cualquier tipo. • Ideación suicida estructurada que constituya un plan. • Síntomas psicóticos. • Compromiso del estado general (Inanición, deshidratación, desnutrición). • Conductas de riesgo o autoagresión en presencia de ideación suicida. • Consumo concomitante de sustancias que estén poniendo en riesgo la vida del paciente. • Presencia de factores estresantes psicosociales que a juicio del médico psiquiatra dificulten el manejo ambulatorio (Ejem: paciente sin red de apoyo, víctima de violencia intrafamiliar, abuso o negligencia, pérdida de empleo, pérdida de pareja). <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	✓	↑↑(1)
<p>De acuerdo al modelo de atención del proceso de hospitalización psiquiátrica en la Clínica Montserrat, se debe realizar al ingreso un plan de manejo individualizado para cada paciente. Cuando se cumpla con los objetivos de este plan de ingreso, se establecen las condiciones que llevaron a la hospitalización y se considere que existen las adecuadas condiciones para continuar el manejo ambulatorio, se recomienda dar egreso al paciente.</p>	✓	↑↑(1)

Utilice Psicoeducación y técnicas cognitivo conductuales como estrategia terapéutica en la prevención de recurrencias y recaídas en las que puedan incluirse la red de apoyo.	A(++++)	↑↑(1)
<p>Considere el uso continuo de antidepresivos hasta dos años si el paciente adulto con diagnóstico de Depresión presenta uno o más de los siguientes antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene tres o más episodios depresivos previos. • Tiene síntomas residuales. • Tiene problemas de salud comórbidos. • El episodio fue grave con o sin psicosis. • Tiene otra comorbilidad psiquiátrica. • Tiene vulnerabilidad a la recaída por factores estresantes psicosociales. <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	✓	↑(1)
<p>En pacientes adultos con diagnóstico de Depresión el uso de antidepresivos por más de dos años debe ser personalizado de acuerdo con criterio del especialista y las preferencias del paciente, evaluando beneficios y riesgos.</p> <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	✓	↑(1)
<p>En adultos con tratamiento farmacológico para Depresión, cuando suspenda cualquier antidepresivo, hágalo gradualmente en el lapso de un mes para evitar los síntomas de discontinuación, especialmente la Paroxetina y la venlafaxina, e informe al paciente sobre los posibles síntomas de discontinuación que son: cambios en el ánimo, inquietud, insomnio, sudoración, náuseas y parestesias.</p> <p>GUIA ATENCIÓN INTEGRAL EPISODIO DEPRESIVO Y TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE EN ADULTOS, COLOMBIA.</p>	✓	↑↑(1)
<p>Todo paciente adulto con diagnóstico de Depresión en tratamiento con antidepresivos al que se le retire el medicamento debe ser evaluado al primer y tercer mes para monitorizar</p>	✓	↑(1)

7. DISCAPACIDAD LABORAL ASOCIADA A LA DEPRESIÓN

La Depresión actualmente puede ser tratada de forma efectiva. Las guías de práctica clínica recomiendan el tratamiento mediante intervenciones psicosociales, psicológicas, farmacológicas o una combinación de estas. La Depresión debe incluir el tratamiento del cuadro con el propósito de lograr la remisión sintomática, pero además deberá incorporar intervenciones dirigidas a estimular el pronto retorno al trabajo y la disminución de la discapacidad asociada al cuadro depresivo. (Ministerio de Salud, 2013)

Los efectos secundarios de los antidepresivos deben considerarse al momento de evaluar la recuperación de la funcionalidad laboral, si bien son transitorios, son importantes especialmente para aquellos trabajadores que se mantienen en sus labores y ocupan roles donde la seguridad es importante. (Ministerio de Salud, 2013)

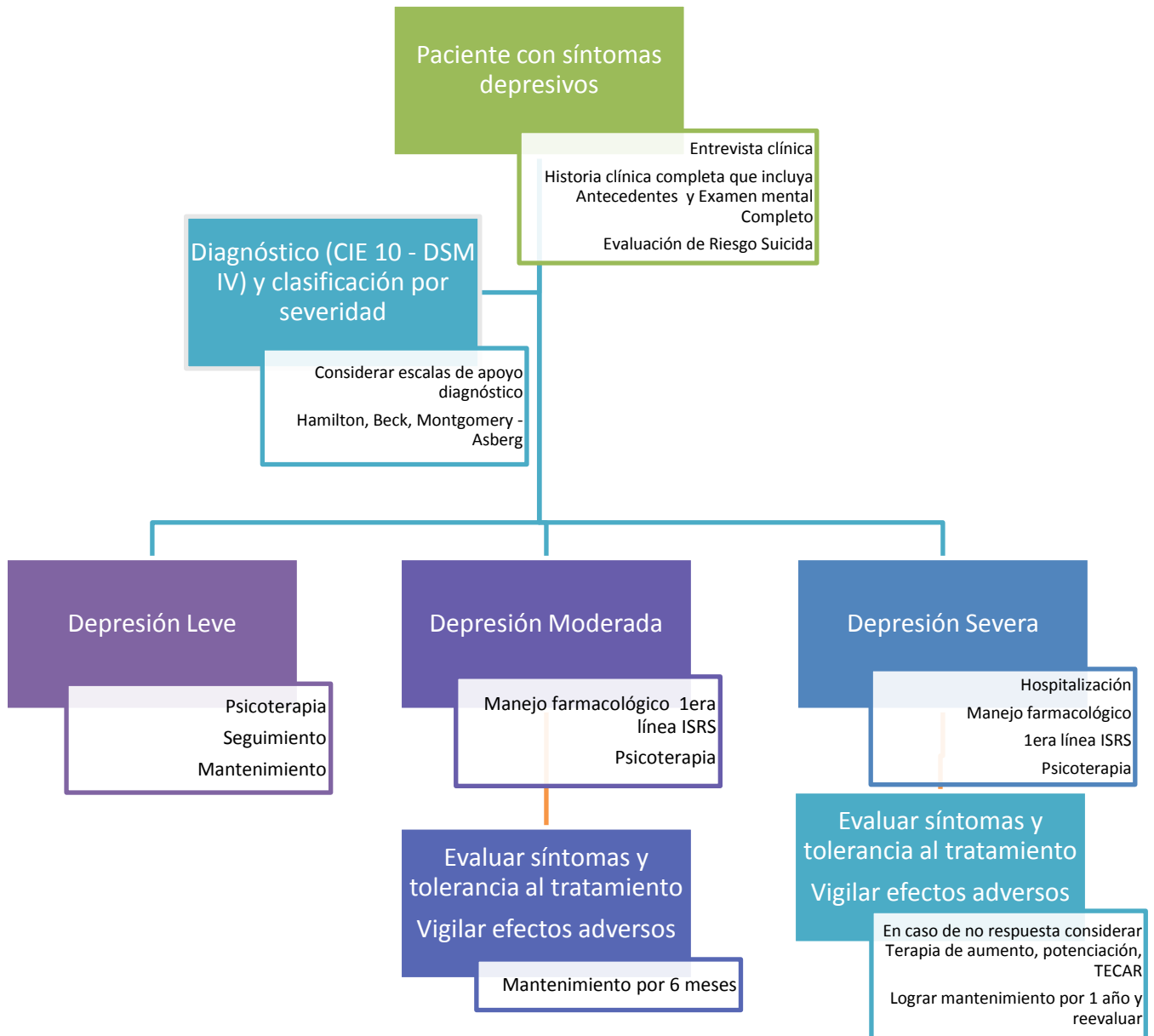
Una revisión Cochrane publicada en 2008, incluyó ensayos clínicos randomizados de intervenciones destinadas a mejorar la salud ocupacional de las personas con Depresión, mayores de 17 años. La principal medida de resultado fueron los días de ausencia por enfermedad durante el período de seguimiento. Otras medidas de resultado fueron: (1) Situación laboral después de un período de tiempo ("sin trabajar", "trabajar menos horas que las horas de contrato o modificación de tareas" o "trabajar todas las horas de contrato sin modificaciones"); (2) Funcionamiento en el trabajo, medido mediante escalas y (3) Depresión, medida de forma dicotómica o continua. No se incluyeron otros resultados, como la satisfacción del empleado, el funcionamiento social general (no específicamente laboral) o escalas de calidad de vida. (Ministerio de Salud, 2013)

De acuerdo a los resultados encontrados, no existe evidencia de la superioridad de ningún fármaco antidepresivo sobre otro para la reducción de días de ausencia laboral debido a enfermedad. Tampoco respecto de alguna psicoterapia o de intervenciones habituales de atención primaria o de estas intervenciones más intervenciones de salud ocupacional respecto de los días de ausencia. La intervención psicodinámica más antidepresivos tricíclicos tiene alguna evidencia de ser más efectiva que los antidepresivos tricíclicos solos en la reducción de días de ausencia laboral. (Ministerio de Salud, 2013)

Estudios han mostrado la relación positiva existente entre la mejora en la sintomatología depresiva y la capacidad laboral. Además el mejoramiento de la sintomatología depresiva parece estar asociada con una gran probabilidad de permanecer empleado y menores ausencias durante el cuadro depresivo. (Ministerio de Salud, 2013)

La Clínica Montserrat cuenta con el programa de Clínica Día, cuyo principal objetivo es favorecer el aprestamiento de las funciones ejecutivas que pueda promover el retorno al funcionamiento académico, laboral, familiar y social, dentro de un espacio terapéutico y ocupacional complementario.

8. ALGORITMOS DE ATENCIÓN



9. INDICADORES DE CALIDAD

Indicador	Infra o sobrediagnóstico de Depresión
Justificación	Se estima que el 28% de los pacientes que padecen Depresión no son diagnosticados, aunque este porcentaje podría ser inferior en las formas más graves de Depresión. Por otro lado, el sobrediagnóstico de Depresión también se ha puesto de manifiesto como un importante problema. En nuestro país datos del Estudio Nacional de Salud Mental del 2003 muestran que alrededor de ocho de cada 20 colombianos presentaron un trastorno psiquiátrico alguna vez en la vida, tres de cada 20 en los últimos 12 meses y uno de cada 14 en los últimos 30 días. Los tres diagnósticos más frecuentes al egreso en el ICSN fueron en su orden el Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos con un 20.7%, el Trastorno Depresivo Recurrente, episodio depresivo Grave sin síntomas psicóticos con un 12.5% y el Episodio Depresivo Moderado con un 12.4%, siendo los diagnósticos de mayor prevalencia en la atención institucional. Este indicador permite alertar sobre una posible situación tanto de infra como de sobrediagnóstico de episodios de Depresión.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión registrado}}{\text{Nº de pacientes adultos que, según estimaciones de estudios epidemiológicos, se espera que padezcan Depresión}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes adultos: pacientes mayores de 18 años.</p> <p>Diagnóstico de depresión registrado: constancia escrita del diagnóstico en la Historia Clínica del paciente de que éste padeció un episodio de Trastorno Depresivo Mayor en el periodo de tiempo de referencia (casos prevalentes).</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica dentro del sistema electrónico.</p> <p>Estudios epidemiológicos: para realizar las estimaciones de casos esperados se seleccionará el estudio epidemiológico de mejor calidad disponible y que se haya realizado en poblaciones con la mayor similitud sociodemográfica. El número de pacientes esperados se obtendrá en base a estimaciones estandarizadas por edad y sexo. (Estudio nacional de salud mental 2003) (Perfil Epidemiológico ICSN 2013).</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente.
Rango esperado	80-120% <80% Infradiagnóstico <120% Sobrediagnóstico

Indicador	Evaluación de riesgo suicida en pacientes con diagnóstico de Depresión
Justificación	La valoración del riesgo de suicidio es un aspecto clave en la evaluación de todos los pacientes con diagnóstico de Depresión, uno

	de los trastornos mentales que más se asocia a la conducta suicida. Las personas con Depresión presentan un riesgo de suicidio 20 veces mayor que la población general e identificar el riesgo es una de las principales formas de prevención.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes adultos con evaluación de riesgo de suicidio, registrado en la historia clínica}}{\text{Nº de pacientes registrados con diagnóstico de Depresión}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes adultos: pacientes mayores de 18 años.</p> <p>Diagnóstico de depresión registrado: constancia escrita del diagnóstico en la Historia Clínica del paciente de que éste padeció un episodio de Trastorno Depresivo Mayor en el periodo de tiempo de referencia (casos prevalentes).</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica dentro del sistema electrónico.</p> <p>Evaluación del riesgo de suicidio: registro en la Historia Clínica de la valoración de riesgo estimado, dentro de los datos aportados por el paciente, síntomas dentro de la enfermedad actual, antecedentes personales y familiares, y una evaluación objetiva como la escala SAD PERSONS.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente
Rango esperado	100%

Indicador	Adherencia a la recomendación uso de ISRS de primera línea en el tratamiento de Depresión
Justificación	Los ISRS son mejor tolerados y más seguros que otros antidepresivos. Los nuevos fármacos duales o inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina no son más eficaces, aunque sí de mayor costo y pueden presentar potencialmente más efectos secundarios. Este indicador permite monitorizar el uso eficiente de los antidepresivos.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión registrado que son tratados con fármacos ISRS como primera línea}}{\text{Nº de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión registrado a los que se les indicó tratamiento con fármacos antidepresivos}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes adultos: pacientes mayores de 18 años con diagnóstico registrado de Depresión e inicio de la indicación de tratamiento farmacológico con antidepresivos ISRS durante el periodo de tiempo de referencia. El criterio clínico de la evaluación y uso de otros fármacos será respetado, y se tendrán en cuenta las consideraciones específicas de cada paciente y su tratante descritas en la historia clínica para el uso de otras moléculas.</p> <p>Diagnóstico de Depresión registrado: constancia escrita en la Historia Clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico nuevo de Trastorno Depresivo en el periodo de tiempo de referencia. También se contabilizará los nuevos episodios de pacientes con antecedentes</p>

	<p>previos de Trastorno Depresivo.</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica dentro del sistema electrónico.</p> <p>Indicación de tratamiento: se incluirán todas las nuevas indicaciones de tratamiento farmacológico con antidepresivos realizadas durante el periodo de tiempo de referencia.</p> <p>Indicación de tratamiento con fármacos ISRS de primera elección: se considera que a un paciente se le ha indicado un tratamiento con fármacos ISRS de primera línea si así consta en la Historia Clínica y se excluirán todos aquellos en los que en su Historia Clínica se especifiquen las condiciones para el uso de otros medicamentos.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente.
Rango Esperado	>90%

Indicador	Mantenimiento del tratamiento con antidepresivos en consulta programada
Justificación	<p>El tratamiento continuo de la Depresión con antidepresivos durante 6 meses o más ayuda a consolidar la respuesta al tratamiento y reduce el riesgo de recaídas. Para disminuir el número de pacientes que no completan adecuadamente el periodo de tratamiento, se recomienda hacer un seguimiento continuo. Este indicador permite monitorizar el seguimiento del tratamiento con antidepresivos durante un periodo mínimo de 6 meses. Dadas las condiciones de atención de la Clínica Montserrat, el período de atención durante 6 meses dentro del servicio de consulta externa de los residentes de psiquiatría de tercer año, se considerara en periodo de seguimiento a la fase de mantenimiento de 6 meses.</p>
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión registrado que realizan un tratamiento continuo por 6 meses tras la indicación de tratamiento con antidepresivos}}{\text{Nº de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión registrado a los que se les indicó tratamiento con fármacos antidepresivos}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes adultos: pacientes mayores de 18 años.</p> <p>Indicación de tratamiento con fármacos antidepresivos: constancia escrita en la Historia Clínica del paciente de que, tras el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, se ha indicado iniciar un tratamiento con fármacos antidepresivos. También se contabilizarán las nuevas indicaciones de tratamiento tras nuevos episodios en pacientes con antecedentes previos de Trastorno Depresivo Mayor.</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica dentro del sistema electrónico.</p> <p>Contacto de seguimiento: asistencia a las consultas por psiquiatría de seguimiento o dentro de un proceso psicoterapéutico, previamente recomendado por su médico tratante.</p>
Tipo de	Resultado

indicador	
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente
Rango esperado	>80%

Indicador	Tratamiento con psicoterapia en Depresión Leve-Moderada en la consulta programada (Psicoterapia breve)
Justificación	Algunos tratamientos psicoterapéuticos han demostrado tener un papel relevante en el tratamiento de la Depresión. Este indicador permite monitorizar el grado de cobertura del tratamiento psicoterapéutico en la Depresión Leve-Moderada.
Fórmula	$\frac{\text{Nº de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión Leve-Moderada registrado que son tratados con psicoterapia breve}}{\text{Nº de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión Leve-Moderada registrado}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes tratados con psicoterapia: aquellos que reciben cualquiera de los tratamientos psicoterapéuticos validados.</p> <p>Psicoterapia breve: tratamiento psicoterapéutico que no excede de 6-8 sesiones, durante 10 a 12 semanas.</p> <p>Pacientes adultos: se consideran los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico registrado de depresión e inicio de la indicación de tratamiento psicoterapéutico durante el periodo de tiempo de referencia.</p> <p>Diagnóstico de depresión registrado: constancia escrita en la Historia Clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico nuevo de trastorno depresivo leve en el periodo de tiempo de referencia. También se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes con antecedentes previos de depresión.</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica en el sistema electrónico.</p> <p>Indicación de tratamiento: se incluirán todas las nuevas indicaciones de tratamiento psicoterapéutico realizadas durante el periodo de tiempo de referencia.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente
Rango esperado	>90%

Indicador	Tratamiento combinado en la Depresión Grave
Justificación	Algunos tratamientos psicoterapéuticos han demostrado tener un papel relevante en el tratamiento de la depresión. En la de tipo grave, la combinación de antidepresivos y psicoterapia se considera la opción más eficaz. Este indicador permite monitorizar el grado de cobertura del tratamiento psicoterapéutico en combinación con el tratamiento farmacológico en la Depresión Grave. manejo farmacológico y no farmacológico terapia de grupo terapia

	ocupacional
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión grave registrado tratados con psicoterapia en combinación con antidepresivos}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes adultos con diagnóstico de Depresión grave registrado}} \times 100$
Descripción de términos	<p>Pacientes con tratamiento combinado de antidepresivos y psicoterapia: el paciente recibe ambos simultáneamente.</p> <p>Pacientes tratados con psicoterapia: aquellos que reciben cualquiera de las formas de psicoterapia conocidas como efectivas en el tratamiento de Depresión.</p> <p>Pacientes adultos: se contarán los pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico registrado de Depresión e inicio de la indicación de tratamiento psicoterapéutico durante el periodo de tiempo de referencia.</p> <p>Diagnóstico de depresión registrado: constancia escrita en la Historia Clínica del paciente de que se realizó un diagnóstico nuevo de Trastorno Depresivo Grave en el periodo de tiempo de referencia. También se contabilizarán los nuevos episodios en pacientes con antecedentes previos de Depresión.</p> <p>Historia Clínica del paciente: se considerará la información procedente de la Historia Clínica en el sistema electrónico.</p> <p>Indicación de tratamiento: se incluirán todas las nuevas indicaciones de tratamiento psicoterapéutico realizadas durante el periodo de tiempo de referencia.</p>
Tipo de indicador	Proceso
Fuente de datos	Historia Clínica del paciente.
Rango Esperado	100%

10. BIBLIOGRAFÍA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la Depresión en el adulto. Ministerio De Sanidad, Servicios Sociales E Igualdad. Agencia De Evaluación De Tecnologías Sanitarias De Galicia,*

Martínez V Saúl D, Ramírez Y Ana C, Mayorga F Eliana, Olmedo A Jenniffer J. (2015). Perfil epidemiológico del instituto colombiano del sistema nervioso (ICSN) de enero a diciembre de 2013. *Psimonart,*

Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica Depresión en personas de 15 años y más. MINSAL,*

Posada-Villa, J., Aguilar-Gaxiola, S., MagaAa, C. G., & Gomez, L. C. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados preliminares del estudio nacional de salud mental colombia, 2003. *Revista Colombiana De Psiquiatria,* 33(3), 241-262.

Ellis P. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry.* junio de 2004;38(6):389-407.

Huibers MJH, Beurskens AJHM, Bleijenberg G, van Schayck CP. Psychosocial interventions by general practitioners. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(3):CD003494.

Anderson IM. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord.* abril de 2000;58(1):19-36.

Bech P, Cialdella P, Haugh MC, Birkett MA, Hours A, Boissel JP, et al. Meta-analysis of randomised controlled trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. *Br J Psychiatry.* mayo de 2000;176:421-8.

Geddes JR, Freemantle N, Mason J, Eccles MP, Boynton J. SSRIs versus other antidepressants for depressive disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001851.

Lam RW, Kennedy SH, Grigoriadis S, McIntyre RS, Milev R, Ramasubbu R, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *J Affect Disord.* octubre de 2009;117 Suppl 1:S26-43.

Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. *World J. Biol. Psychiatry.* 2007;8(2):67-104.

Reesal RT, Lam RW. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. II. Principles of management. *Can J Psychiatry.* junio de 2001;46 Suppl 1:21S-28S.

Janicak PG, Keck PE Jr, Davis JM, Kasckow JW, Tugrul K, Dowd SM, et al. A double-blind, randomized, prospective evaluation of the efficacy and safety of risperidone versus haloperidol in the treatment of schizoaffective disorder. *J Clin Psychopharmacol.* agosto de 2001;21(4):360-8.

Müller-Siecheneder F, Müller MJ, Hillert A, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O. Risperidone versus haloperidol and amitriptyline in the treatment of patients with a combined psychotic and depressive syndrome. *J Clin Psychopharmacol.* abril de 1998;18(2):111-20.

Wolfersdorf M, Barg T, König F, Leibfarth M, Grünewald I. Paroxetine as antidepressant in combined antidepressant-neuroleptic therapy in delusional depression: observation of clinical use. *Pharmacopsychiatry.* marzo de 1995;28(2):56-60.

Wolfersdorf M, König F, Straub R. Pharmacotherapy of delusional depression: experience with combinations of antidepressants with the neuroleptics zotepine and haloperidol. *Neuropsychobiology.* 1994;29(4):189-93.

Rothschild AJ, Bates KS, Boehringer KL, Syed A. Olanzapine response in psychotic depression. *J Clin Psychiatry.* febrero de 1999;60(2):116-8.

Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother–infant interaction and child development. Systematic review. *BJP.* 11 de enero de 2007;191(5):378-86.

Cuijpers P, Brännmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *J Clin Psychol.* enero de 2008;64(1):103-18.

Dennis C-L, Creedy DK. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. En: *The Cochrane Collaboration, Dennis C-L, editores. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004 [citado 26 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001134.pub2>*

Bledsoe SE, Grote NK. Treating Depression During Pregnancy and the Postpartum: A Preliminary Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice.* 3 de enero de 2006;16(2):109-20.

Miller LJ. Use of electroconvulsive therapy during pregnancy. *Hosp Community Psychiatry.* mayo de 1994;45(5):444-50.

Miller L, Gur M, Shanok A, Weissman M. Interpersonal psychotherapy with pregnant adolescents: two pilot studies. *J Child Psychol Psychiatry.* julio de 2008;49(7):733-42.

Field T, Figueiredo B, Hernandez-Reif M, Diego M, Deeds O, Ascencio A. Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationships. *J Bodyw Mov Ther.* abril de 2008;12(2):146-50.

Misri S, Kostaras X, Fox D, Kostaras D. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Can J Psychiatry.* agosto de 2000;45(6):554-8.

Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry.* diciembre de 1996;30(6):852-60.

Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena de neuropsiquiatría.* diciembre de 2010;48(4):269-78.

Anderson EL, Reti IM. ECT in pregnancy: a review of the literature from 1941 to 2007. *Psychosom Med.* febrero de 2009;71(2):235-42.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Non-pharmaceutical management of depression in adults. Edinburgh; 2010.

Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med.* septiembre de 2007;37(9):1217-28.

Foster G, Taylor SJC, Eldridge SE, Ramsay J, Griffiths CJ. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD005108.

Maratos A, Gold C, Wang X, Crawford M. Music therapy for depression. En: *The Cochrane Collaboration, Maratos A, editores. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [citado 27 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004517.pub2>*

Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. En: The Cochrane Collaboration, Mead GE, editores. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2008 [citado 27 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004366.pub3>

Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med.* octubre de 2000;62(5):633-8.

Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med.* enero de 2005;28(1):1-8.

156. McCann IL, Holmes DS. Influence of aerobic exercise on depression. *J Pers Soc Psychol.* mayo de 1984;46(5):1142-7.

Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA. A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.* enero de 1997;52(1):M27-35.

Knubben K, Reischies FM, Adli M, Schlattmann P, Bauer M, Dimeo F. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med.* enero de 2007;41(1):29-33.

Chalder M, Wiles NJ, Campbell J, Hollinghurst SP, Searle A, Haase AM, et al. A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technol Assess.* 2012;16(10):1-164, iii-iv.

Brenes GA, Williamson JD, Messier SP, Rejeski WJ, Pahor M, Ip E, et al. Treatment of minor depression in older adults: a pilot study comparing sertraline and exercise. *Aging Ment Health.* enero de 2007;11(1):61-8.

Driessen E, Cuijpers P, Hollon SD, M J. Does pretreatment severity moderate the efficacy of psychological treatment of adult outpatient depression? A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2010;78(5):668-80.

Carter JD, Luty SE, McKenzie JM, Mulder RT, Frampton CM, Joyce PR. Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and interpersonal psychotherapy in a randomised clinical trial for depression. *J Affect Disord.* febrero de 2011;128(3):252-61.

Casacalenda N, Perry JC, Looper K. Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *Am J Psychiatry.* agosto de 2002;159(8):1354-60.

De Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* abril de 2005;255(2):75-82.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* abril de 2007;27(3):318-26.

Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*. agosto de 2006;74(4):658-70.

Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop R, et al. Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression. *J Consult Clin Psychol*. junio de 2008;76(3):468-77.

Cuijpers P, van Straten A, Smit F. Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry*. diciembre de 2006;21(12):1139-49.

Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess*. 2001;5(35):1-173.

Hensley PL, Nadiga D, Uhlenhuth EH. Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depress Anxiety*. 2004;20(1):1-7.

Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*. abril de 2001;21(3):401-19.

Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry*. septiembre de 2006;163(9):1493-501.

McPherson S, Cairns P, Carlyle J, Shapiro DA, Richardson P, Taylor D. The effectiveness of psychological treatments for treatment-resistant depression: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. mayo de 2005;111(5):331-40.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur. Psychiatry*. enero de 2007;22(1):9-15.

Corney R, Simpson S. Thirty-six month outcome data from a trial of counselling with chronically depressed patients in a general practice setting. *Psychol Psychother*. marzo de 2005;78(Pt 1):127-38.

Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J. A randomised controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of counselling patients with chronic depression. *Health Technol Assess*. 2000;4(36):1-83.

Chilvers C. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *BMJ*. 31 de marzo de 2001;322(7289):772-772.

Barbato A, D'Avanzo B. Marital therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(2):CD004188.

Whisman MA, Johnson DP, BE D, Li A. Couple-based interventions for depression. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*. 2012;1(3):185-98.

Henken T, Huibers MJH, Churchill R, Restifo KK, Roelofs JJ. Family therapy for depression. En: *The Cochrane Collaboration, Henken T, editores. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007 [citado 27 de febrero de 2013]. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0014105/>*

Williams JMG, Russell I, Russell D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *J Consult Clin Psychol*. junio de 2008;76(3):524-9.

Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. agosto de 2011;31(6):1032-40.

Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte D. Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. *J. Nerv. Ment. Dis*. agosto de 2008;196(8):630-3.

Taylor D, Paton C, Kapur S. *The Maudsley Prescribing Guidelines*. 10.a ed. Informa Healthcare; 2009.

Heerlein A. Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. octubre de 2002;40:21-45.

National Clinical Practice Guideline 90 National Collaborating Centre for Mental Health. *THE TREATMENT AND MANAGEMENT OF DEPRESSION IN ADULTS (UPDATED EDITION)*. The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists; 2010.

Carles Tolosa Vilella, Rosó Duñó Ambròs Santiago Escoté Llobet. Antidepresivos tricíclicos: efectos adversos y ventajas de la monitorización terapéutica. *Med Clin (Barc)*. 2002;16(119):620-6.

Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. 18 de abril de 2007;297(15):1683-96.

Choe CJ, Emslie GJ, Mayes TL. Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. octubre de 2012;21(4):807-29.

Black K, Shea C, Dursun S, Kutcher S. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: proposed diagnostic criteria. *J Psychiatry Neurosci*. mayo de 2000;25(3):255-61.

Brent DA, Poling K, McKain B, Baugher M. A psychoeducational program for families of affectively ill children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. julio de 1993;32(4):770-4.

Vasa RA, Carlino AR, Pine DS. Pharmacotherapy of depressed children and adolescents: current issues and potential directions. *Biol. Psychiatry*. 1 de junio de 2006;59(11):1021-8.

UBM Medica Spain S.A., «Vademecum.es,» [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: <http://www.vademecum.es/principios-activos-Fluoxetina-n06ab03>.

FDA. Pediatric Focused Safety Review: Escitalopram oxalate (Lexapro). Pediatric Advisory Committee Meeting, 2011.; 2011.

Wagner KD, Jonas J, Findling RL, Ventura D, Saikali K. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of Escitalopram in the treatment of pediatric depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. marzo de 2006;45(3):280-8.

Emslie GJ, Ventura D, Korotzer A, Tourkodimitris S. Escitalopram in the treatment of adolescent depression: a randomized placebo-controlled multisite trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. julio de 2009;48(7):721-9.

Demyttenaere K, Albert A, Mesters P, Dewé W, De Bruyckere K, Sangeleer M. What happens with adverse events during 6 months of treatment with selective serotonin reuptake inhibitors? *J Clin Psychiatry*. julio de 2005;66(7):859-63.

Katz AJ, Dusetzina SB, Farley JF, Ellis AR, Gaynes BN, Castillo WC, et al. Distressing Adverse Events After Antidepressant Switch in the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Trial: Influence of Adverse Events During Initial Treatment with Citalopram on Development of Subsequent Adverse Events with an Alternative Antidepressant. *Pharmacotherapy*. 31 de enero de 2012;

Hansen RA, Dusetzina SB, Ellis AR, Stürmer T, Farley JF, Gaynes BN. Risk of adverse events in treatment-resistant depression: propensity-score-matched comparison of antidepressant augment and switch strategies. *Gen Hosp Psychiatry*. abril de 2012;34(2):192-200.

Ziere G, Dieleman JP, van der Cammen TJM, Hofman A, Pols HAP, Stricker BHC. Selective serotonin reuptake inhibiting antidepressants are associated with an increased risk of nonvertebral fractures. *J Clin Psychopharmacol*. agosto de 2008;28(4):411-7.

Ginzburg R, Rosero E. Risk of fractures with selective serotonin-reuptake inhibitors or tricyclic antidepressants. *Ann Pharmacother*. enero de 2009;43(1):98-103.

11. ANEXOS

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Crterios diagnósticos para Depresión según el CIE10

Crterios 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 enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

(Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014)

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor DSM IV TR

Criterios Diagnósticos Episodio Depresivo Mayor DSM IV TR

- A.** Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante un período de dos semanas y representen un cambio respecto del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.
1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el sujeto (ej. Sentirse triste o vacío) u observado por otros. Nota: en niños y adolescentes puede ser humor irritable
 2. Marcada disminución del interés o del placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros)
 3. Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo de peso (ej. variación del 5% del peso corporal en un mes), o bien una disminución o aumento del apetito casi todos los días. Nota: en niños considere no alcanzar la ganancia de peso esperada
 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotores casi todos los días (observado por otros, no simplemente la sensación subjetiva de cansancio o de estar enlentecido).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva inapropiados (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).
 8. Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (señalada por el sujeto o por la observación de otros).
 9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.
- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- D.** Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. Abuso de drogas, medicamentos), ni a una enfermedad médica general (ej. Hipotiroidismo)
- E.** Los síntomas no son mejor explicados por un duelo. Es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por un marcado deterioro funcional, preocupación insana con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Nota: no incluye síntomas que se explican claramente por una condición médica general, estado de ánimo incongruente, delirios o alucinaciones.

(AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA), 2002)

Elementos para diferenciar Depresión Unipolar de Depresión Bipolar

Categoría	T. Bipolar	D. Unipolar
Presencia de hipomanía.	+++	-
Depresión atípica.	+	+/-
Temperamento afectivo premórbido (hipertimia o ciclotimia).	++	-
Labilidad emocional.	++	-
Aumento de actividad o energía durante estados depresivos.	++	-
Historia familiar de trastorno bipolar o respuesta a litio.	++	-
Conflictos maritales, cambios frecuentes en la línea de trabajo o traslados frecuentes.	++	+
Alta frecuencia de episodios depresivos.	++	+
Alteraciones del ánimo de aparición antes de los 25 años.	++	+
Falla en tratamiento con >2 antidepresivos.	++	+

(Ministerio de Salud, 2013)

Propiedades farmacocinéticas de los antidepresivos tricíclicos

Fármaco	Vida media hrs.	Estabilización concentración plasmática (días)	% Unión a proteínas plasmáticas	Intervalo dosis mg/día	Intervalo concentración plasmática mg/día	Concentración tóxica plasmática
Clomipramina	20-30	4-6	>90	100-250	160-400	>500
Imipramina	6-28	2-5	80-90	150-300	180-350	>500
Amitriptilina	9-46	3-8	>90	150-300	120-250	>500
Nortriptilina	18-56	4-11	>90	50-150	50-150	>500

(Ministerio de Salud, 2013)

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

Fármaco	Rango dosis diarias	Vida media	Efectos adversos principales	Principales interacciones
Citalopram	20-40 mg	33 hrs.	Nauseas, vómitos, dispepsia, dolor estomacal, diarrea, erupciones, sudoración, agitación, ansiedad, jaqueca, insomnio, temblores, disfunciones sexuales, hiponatremia, sequedad de mucosas y trastornos hemorrágicos cutáneos	Evitar IMAOS, hierba de San Juan. Precaución con el alcohol. Medicinas anti-inflamatorias no-esteroidales, Triptofano y Warfarina. Síndrome de QT largo congénito, pacientes geriátricos, con disfunción hepática, metabolizadores lentos de Citocromo P450 2C19, o en tratamiento concomitante con Cimetidina
Escitalopram	10-20 mg	30 hrs.	Similares al Citalopram, arritmia ventricular	Similares al Citalopram, arritmia ventricular
Fluoxetina	20 mg	4-6 días	Similares al Citalopram pero la agitación y el insomnio pueden ser más comunes	Inhíbe CYP3A4 y CYP2D6. Aumenta los niveles plasmáticos de antipsicóticos, benzodiazepinas carbamazepina, ciclosporina, fenitoina y ATC.
Paroxetina	20-50 mg	24 hrs.	Similares al Citalopram pero los efectos antimuscarínicos pueden ser más comunes	Potente inhibidor de CYP2D6. Eleva los niveles plasmáticos de algunos ATC y antipsicóticos. Contraindicados IMAO Precaución con: alcohol, litio, anti-inflamatorias no-esteroidales, hierba de San Juan, triptofano y warfarina. Suspender en presencia de Tinnitus

Sertralina	50-200 mg	26 hrs.	Similares al Citalopram	Inhibidor de CYP2D6 (más probable que ocurra en dosis mayores o iguales a 100 mg/día). Eleva los niveles plasmáticos de algunos ATC y antipsicóticos. Contraindicados IMAO Precaución con: alcohol, litio, anti-inflamatorias no esteroideos, hierba de San Juan, triptofano y warfarina.
------------	-----------	---------	-------------------------	--

(Ministerio de Salud, 2013)

Otros fármacos

Fármaco	Indicación	Rango dosis diaria	Vida media	Efectos adversos principales	Principales interacciones
Duloxetina	Depresión	60 mg	12 hrs.	Náuseas, insomnio, jaqueca, temblores, boca seca, somnolencia, constipación, anorexia. Pequeño aumento en ritmo cardiaco y presión arterial (incluyendo crisis hipertensivas)	Metabolizado por CYP2D6 y CYP1A2. Inhibidor de CYP2D6. Contraindicados IMAO Precaución con: alcohol
Mirtazapina	Depresión	15-45 mg	20-40 hrs.	Aumento apetito y peso, jaquecas. Náuseas y disfunciones sexuales relativamente poco comunes	Efecto mínimo sobre CYP2D6/1A2/3A4 Precaución con el alcohol y otros sedantes
Trazodona	Depresión y ansiedad	150-300 mg	5-13 hrs.	Sedación, náuseas, jaqueca, vómito, temblores, hipotensión postural, priapismo. Menos cardiotoxico que	Precaución con sedantes, alcohol, otros antidepresivos, digoxina y fenitoína. Contraindicados IMAO

				los antidepresivos tricíclicos.	
Venlafaxina	Depresión y ansiedad y prevención de recaídas y recurrencia de Depresión	75-375 mg.	5 hrs.	Náuseas, insomnio, boca seca, modorra, sudoración, nerviosismo, jaqueca, disfunción sexual, constipación	Metabolizado por CYP2D6/3A4
Bupropión	Antidepresivo, útil en la terapia de aumento y la deshabituación del tabaco	150-450 mg	20 hrs.	Cefalea inicial, agitación, ansiedad, insomnio, aumento de la sudoración y malestar gastrointestinal. En algunos casos puede presentarse temblor y/o acatisia.	Metabolizado por CYP2B6. Inhibe la vía CYP2D6 Contraindicados IMAO Precaución con el alcohol y otros sedantes Diagnóstico actual o previo de bulimia o anorexia nerviosa, antecedentes de: TEC, tumores en el SNC, crisis convulsivas, cirrosis hepática severa, en concomitancia con medicamentos que disminuyen el umbral de convulsiones.
Desvenlafaxina	Depresión	50-200 mg	11 hrs.	Palpitaciones, taquicardia, aumento de la presión arterial, tinnitus, visión borrosa, midriasis, náusea, boca seca, constipación, diarrea, vómito, fatiga escalofríos, astenia,	Inhibidores de CYP3A4, Metabolizado por CYP2B6 y CYP1A2, 2A6, 2C8, 2C9 y 2C19. Otros agentes que actúan sobre el SNC, ISRS e ISNS, Transportador de la glicoproteína P. Contraindicados IMAO

				nerviosismo, irritabilidad, disminución del apetito, rigidez muscular, dolor de cabeza, mareos somnolencia, temblor, parestesia, disgeusia, trastornos de la atención, insomnio, ansiedad, sueños anormales, nerviosismo, disminución de la libido, anorgasmia, orgasmo anormal, disuria inicial, disfunción eréctil, problemas de eyaculación, bostezos, hiperhidrosis, erupción cutánea, rubor o enrojecimiento facial.	
--	--	--	--	--	--

(Ministerio de Salud, 2013)