

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCION DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE ATENCION MÉDICA
COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD
COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

GPC

Actualización
2015

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL ADULTO

EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-161-09



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

DR. JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ ANAYA

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. JOSÉ DE JESÚS ARRIAGA DÁVILA

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ IZQUIERDO

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. JAIME ANTONIO ZALDÍVAR CERVERA

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

DR. RAFAEL RODRÍGUEZ CABRERA

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

MTRO. DANIEL SAUL BROID KRAUZE

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DR. GERMÁN ENRIQUE FAJARDO DOLCI

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

DR. SALVADOR CASARES QUERALT

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. FABIO ABDEL SALAMANCA GÓMEZ

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

MTRA. LISA RAMÓN VAN HEEST

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DR. ROMEO S. RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

DR. MANUEL DÍAZ VEGA

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DR. RODOLFO ANTONIO DE MUCHA MACÍAS

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright Instituto Mexicano del Seguro Social “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. El personal de salud que participó en su integración han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, declaran que no tienen conflicto de intereses y, en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer niveles, el catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada Institución.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el Usuario pueda explotar o servirse comercialmente, directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse, directa o indirectamente, con lucro, de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte del mismo, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la integración de esta Guía de Práctica Clínica se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto**. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; **2 de diciembre de 2015**

Actualización: **total**

Esta guía puede ser descargada de internet en:

<http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN: 978-607-7790-75-4

**CIE- 10: F 32 EPISODIO DEPRESIVO F33 TRASTORNO
DEPRESIVO RECURRENTE**

**GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO
DEPRESIVO EN EL ADULTO**

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2009

COORDINACIÓN				
Dra.Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar M en Ciencias Doctora en Gestión y Políticas de Salud	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefa de Área de Desarrollo de GPC. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica	Sistema Nacional de Investigadores Nivel I
AUTORÍA				
Dr. José Luis Esquinca Ramos	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Consulta especializada e interconsultante. HGZ No. 24, Delegación 1 Noroeste.	Sociedad Mexicana de Psiquiatría
Dra. Araceli García América	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Consulta especializada e interconsultante.,Hospital de Traumatología “dr. Victorio de la Fuente Narváez, Delegación No. 1 Noroeste	Sociedad Mexicana de Psiquiatría
Dr.Eduardo Cuauhtémoc Platas Vargas	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	HGO/UMF No. 13 Delegación 1 Noroeste	Sociedad Mexicana de Psiquiatría
Maestra. Dulce María Rodríguez Galindo	Psicología Clínica, Maestra en Neuropsicología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Consulta especializada e interconsultante, Hospital de especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”, CMN “La Raza, delegación No.2 Noroeste	Asociación Mexicana de Neuropsicología
Dr. Miguel Ángel Zamora Olvera	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Coordinador de Programas Médicos, Coordinación de Programas Integrados de Salud	Sociedad Mexicana de Psiquiatría
Dra. Sonia Patricia de Santillana Hernández	Medicina Familiar M en Epidemiología Clínica	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMF No. 41, Delegación 1 noroeste	Colegio Mexicano de Medicina Familiar
VALIDACIÓN				
Dr.Juan Pablo Fernández Hernández >	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General de Zona No. 25 Tlatelolco, Delegación Norte, DF	Sociedad Mexicana de Psiquiatría
Dr.Alejandro Córdoba	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE, Hospital Psiquiátrico, “San Fernando”, Delegación Sur, DF	Sociedad Mexicana de Psiquiatría
Dra. Claudia Becerra Palars		Academia Mexicana de Medicina		
Dra. Guadalupe del Carmen 7Rojas Casas		Academia Mexicana de Medicina		Consejo Mexicano de Psiquiatría, A.C.

CIE-10: F 32 EPISODIO DEPRESIVO F33 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE F34 DISTIMIA(DEPRESIÓN PERSISTENTE)

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN EL ADULTO

COORDINACIÓN, AUTORÍA Y VALIDACIÓN 2015

COORDINACIÓN				
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Jefa de Área de Desarrollo de GPC	Sistema Nacional de Investigadores Nivel I
AUTORÍA				
Dra. Adriana Gómez Fernández	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Médica Psiquiatra Hospital Psiquiátrico UMAE Complementaria San Fernando	Asociación Psiquiátrica Mexicana Sociedad Mexicana de Psiquiatría
Dr. Juan Pablo Fernández Hernández	Psiquiatría Especialidad en Terapia Familiar	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital General de Zona No. 27. Delegación Norte	Asociación Psiquiátrica Mexicana Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica Asociación Iberoamericana de Neurociencias y Psiquiatría
Dr. Juan Ismael Parrilla Ortiz	Medicina Familiar Maestría en Sistemas de Salud	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital Psiquiátrico UMF No. 10 Delegación Sur	
Dra. Dulce María Rodríguez Galindo	Psicología Maestría en Neuropsicología	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital de Especialidades UMAE CMNLa Raza	Asociación Mexicana de Neuropsicología
Dr. José Fidel David Silva Pérez	Psiquiatría Subespecialidad de Psiquiatría de Enlace Maestría en Psicoterapia de Grupo Maestría en Psicoterapia Médica	Instituto Mexicano del Seguro Social	Hospital Psiquiátrico UMF No. 10	Asociación Psiquiátrica Mexicana Sociedad Médica del Hospital Angeles del Pedregal Sociedad Médica del Instituto Nacional de Cardiología Sociedad Médica de Exalumnos del Instituto Mexicano de Psiquiatría Ramón de la Fuente
VALIDACIÓN				
Dr. Alejandro Córdoba	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	UMAE, Hospital Psiquiátrico, "San Fernando", Delegación Sur, DF	Sociedad Mexicana de Psiquiatría

Dr. José Luis Esquinca Ramos	Psiquiatría	Instituto Mexicano del Seguro Social	Consulta especializada e interconsultante. HGZ No. 24, Delegación No. 1 Noroeste.	Sociedad Mexicana de Psiquiatría
------------------------------	-------------	--------------------------------------	---	----------------------------------

Índice

1.	Clasificación	8
2.	Preguntas a Responder.....	9
3.	Aspectos Generales	10
3.1	Antecedentes	10
3.2	Justificación.....	12
3.3	Actualización del Año 2009 al 2015.....	13
3.5	Objetivo	14
3.5	Definición	15
4.	Evidencias y Recomendaciones.....	16
4.1	Diagnóstico	17
4.2	Tratamiento Farmacológico.....	20
4.2.1	<i>Tratamiento no Farmacológico</i>	<i>23</i>
4.3	Criterios de Referencia y Contrarreferencia.....	25
4.4	Vigilancia y Seguimiento	26
5.	Anexos.....	28
5.1	Protocolo de Búsqueda.....	28
5.1.1	<i>Estrategia de búsqueda.....</i>	<i>28</i>
5.1.1.1	Primera Etapa.....	28
5.2	Escalas de Gradación.....	30
5.3	Cuadros o figuras.....	33
5.4	Diagramas de Flujo.....	43
5.5	Listado de Recursos	47
5.5.1	<i>Tabla de Medicamentos</i>	<i>47</i>
5.6	Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica	54
6.	Glosario	56
7.	Bibliografía.....	58
8.	Agradecimientos.....	62
9.	Comité Académico.....	63

1. CLASIFICACIÓN

CATÁLOGO MAESTRO: IMSS-161-09

Profesionales de la salud	<Psiquiatras, Psicólogos, Médicos generales, Médicos familiares Código del Profesional de la salud que desarrolla la guía de acuerdo a su especialidad (ver Anexo IX Esquema de clasificación de las GPC para su archivo y difusión http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/ANEXOS_METODOLOGIA_GPC.pdf .
Clasificación de la enfermedad	CIE-10: F32 Episodio depresivo F33 Trastorno depresivo recurrente F34.1 Distimia (Depresión persistente)
Categoría de GPC	Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención Diagnóstico, Tratamiento,
Usuarios(as) potenciales	Enfermeras Trabajadores Sociales Personal de salud en formación y servicio social Psicólogos Médicos Generales, Médicos Familiares, Médicos Psiquiatras y de otras especialidades Código de usuario(a) (ver Anexo IX Esquema de clasificación de las GPC para su archivo y difusión)>.
Tipo de organización desarrolladora	<Instituto Mexicano del Seguro Social Coordinación Técnica de Excelencia Clínica Hospital General de Zona 27, Hospital Psiquiátrico 10 con UMF Guillermo Dávila, Hospital Psiquiátrico San Fernando, -Hospital de Especialidades Antonio Fraga Mouret CUMAE, CMNLa Raza. Código de Organización(es) gubernamental(es), no gubernamental(es) o privada(s) en donde labora el personal de salud que participó en el desarrollo de la guía (ver Anexo IX Esquema de clasificación de las GPC para su archivo y difusión). Nombre de Instituciones que desarrollan, entidades federativas y hospitales que participan.
Población blanco	Mujeres y Hombres de 18 a 59 años de grupo poblacional (ver Anexo IX Esquema de clasificación de las GPC para su archivo y difusión)> <Grupo poblacional: sexo, edad, grupo etario, etc.
Fuente de financiamiento / Patrocinio	Instituto Mexicano del Seguro Social Código de Organización(es) gubernamental(es), no gubernamental(es) o privada(s) que participan proporcionando financiamiento para el desarrollo de la guía (ver Anexo IX Esquema de clasificación de las GPC para su archivo y difusión). Solo Gobierno Federal e Institución desarrolladora.
Intervenciones y actividades consideradas	Identificación de poblaciones en riesgo Escrutinio por medio de dos preguntas y escala auto aplicable Identificación de los criterios Diagnósticos CIE 10 y uso de nemotecnia PSICACES Tratamiento farmacológico y no farmacológico Seguimiento
Impacto esperado en salud	Mejorar la calidad de la atención en los tres niveles en el diagnóstico oportuno y manejo del trastorno depresivo Referencia y contrareferencia oportuna y adecuada Optimizar uso de recursos terapéuticos y diagnósticos Optimizar el uso de servicios de hospitalización psiquiátrica y de urgencias Disminuir recaídas y recurrencias Mejorar la calidad de vida del paciente con depresión Disminuir la discapacidad secundaria al trastorno depresivo
Metodología¹	Adopción o elaboración de la Guía de Práctica Clínica: de las preguntas a responder y conversión a preguntas clínicas estructuradas, búsqueda y revisión sistemática de la literatura: recuperación de guías internacionales o meta análisis, o ensayos clínicos aleatorizados, o estudios observacionales publicados que den respuesta a las preguntas planteadas, de los cuales se seleccionarán las fuentes con mayor puntaje obtenido en la evaluación de su metodología y las de mayor nivel en cuanto a gradación de evidencias y recomendaciones de acuerdo con la escala.
Método de integración	Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, de revisiones sistemáticas, meta análisis, en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Número de fuentes documentales utilizadas: <número total de fuentes utilizadas: 36 Guías seleccionadas: 7. Revisiones sistemáticas: 3 Ensayos clínicos aleatorizados: 2 Estudios observacionales: 22 Otras fuentes seleccionadas: 2
Método de validación	Validación por pares clínicos Validación del protocolo de búsqueda: Instituto Mexicano del Seguro Social. Validación de la guía: Instituto Mexicano del Seguro Social.
Conflictos de interés	Quiénes participan en el grupo de trabajo han declarado conflictos de interés.
Registro	IMSS-161-09
Actualización	Fecha de publicación: 2 de diciembre de 2015 Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación.

¹ Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta Guía, puede dirigir su correspondencia a la Coordinación Técnica de Excelencia Clínica, con domicilio en Durango No. 289 Piso 1º, Col. Roma, México, D.F., C.P. 06700, teléfono 55533589.

2. PREGUNTAS A RESPONDER

1. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos del trastorno depresivo?
2. ¿Cuál es la clasificación del trastorno depresivo?
3. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial del trastorno depresivo?
4. ¿Cuáles son las estrategias farmacológicas que han mostrado mayor efectividad en el tratamiento del trastorno depresivo en la población adulta?
5. ¿Cuáles son las estrategias no farmacológicas más eficaces para el manejo de los síntomas en las personas con trastorno depresivo?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo¹, y estableció que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo (Encuesta internacional de Salud Mental OMS, 2012), con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% (Kessler RC, 2007) y menos del 25% tienen acceso a tratamientos; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés.

Es el principal factor que contribuye a la carga de enfermedades no mortales y es responsable de un gran número de AVAD perdidos a escala mundial.

Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad (en AVAD) a nivel mundial y se prevé que subirá hasta ser la segunda causa principal en el 2030.

En los estudios en gemelos reportan una heredabilidad de hasta el 40%, con un incremento de 2-3 veces el riesgo de presentar depresión en familiares de primer grado.

La prevalencia la depresión es variable según el país y así, el *National Comorbidity Survey Replication* (www.hcp.med.harvard.edu/ncs/) Americano observó que un 16,2% de las personas presentan depresión mayor en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y un 6,6% en los últimos 12 meses (prevalencia-año)

La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es del 4,2-17% (media ponderada: 12,1%). (Programa de Acción para mejorar la brecha de salud mental OMS)

Según el estudio ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) la prevalencia en España es inferior a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%, aunque una de las características más notables es que presenta una edad de inicio más temprano y altas tasas de comorbilidad y cronicidad. (The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, 2004)

En México según la encuesta epidemiológica de salud mental en adultos 2003 (revisada en 2010), refiere que la depresión tiene una prevalencia del 7.9% con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% (IC 95%=5.2, 6.5). La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (IC 95%=2.2, 3.0).⁷

Complementario a lo anterior, en la Encuesta Nacional de Comorbilidad 2005 se reporta una Prevalencia General de 7.2%.

Entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado (más en hombres); d) aislamiento social; e) tener problemas legales; f) experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Así mismo al incrementar el nivel de escolaridad, disminuye la

prevalencia de depresión. Entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor. La asociación entre escolaridad y depresión fue similar en hombres y mujeres.

A pesar de la evidencia, en nuestro país, menos del 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda, y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. Aunado a lo anterior, cuando los pacientes acceden a los servicios de salud, solamente 50% de ellos reciben algún tipo de tratamiento mínimo adecuado.

Una de las principales barreras para la identificación de casos de depresión es la presencia de estigma, que afecta a quienes padecen trastornos mentales, tanto por la discriminación y maltrato en las relaciones interpersonales, como por la auto-segregación que genera en los enfermos.⁹

La incapacidad laboral media para todos los trastornos depresivos y de ansiedad es de 7 días al mes superior a la de cualquier otra enfermedad crónica como el caso de las enfermedades reumáticas. (Universidad complutense de Madrid, tesis de grado de doctor Ricardo Omaña Palanco 2008, Estudio sobre la depresión según la encuesta nacional de salud: 1995-2003).

En México la ENEP encontró que los días de actividad perdidos por depresión fueron 25.5 mayor que los días de actividad perdidos por enfermedades crónicas.¹⁰

3.2 Justificación

La creciente prevalencia de depresión en los últimos años la posicionan como un problema de salud pública en nuestro país, ya que se asocia con una elevada morbi-mortalidad, generando a su vez elevados costos en los sistemas de salud. La importancia de una identificación oportuna y establecimiento de un tratamiento adecuado, genera la necesidad de elaborar una herramienta accesible a todos los profesionales de la salud y en todos los niveles de atención para mejorar la calidad de la atención a los usuarios.

3.3 Actualización del Año 2009 al 2015

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud, así como las diferencias entre los grupos poblacionales tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser discontinuadas.

A continuación se describen las actualizaciones más relevantes:

1. La actualización en Evidencias y Recomendaciones se realizó en:
 - **Diagnóstico**
 - **Tratamiento**

3.5 Objetivo

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el adulto** forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2013-2018.

La finalidad de este catálogo es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del **primer, segundo o tercer nivel (es)** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales para:

- **Identificar en los pacientes los criterios clínicos que se deben cumplir para establecer el diagnóstico de trastorno depresivo en el adulto**
- **Proponer el tratamiento farmacológico y no farmacológico más efectivo en el manejo del mismo .**

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica contribuyendo, de esta manera, al bienestar de las personas y de las comunidades, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

3.5 Definición

La **depresión** es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo (baja atención, concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida), volitivo (apatía, anhedonia, retardo psicomotor, descuido en sus labores cotidianas) y somático (cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, somatizaciones, propensión a infecciones, etc.), por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

Las recomendaciones señaladas en esta guía son producto del análisis de las fuentes de información obtenidas mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura. La presentación de las Evidencias y Recomendaciones expresadas corresponde a la información disponible y organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Las Evidencias y Recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una. En caso de Evidencias y Recomendaciones desarrolladas a partir de otro tipo de estudios, los autores utilizaron la(s) escala(s): **NICE**.

Símbolos empleados en las tablas de Evidencias y Recomendaciones de esta guía:

Evidencia




Recomendación





Punto de buena práctica



En la columna correspondiente al nivel de Evidencia y Recomendación, el número o letra representan la calidad de la Evidencia o fuerza de la Recomendación, especificando debajo la escala de gradación empleada; el primer apellido e inicial del primer nombre del/la primer(a) autor(a) y el año de publicación identifica a la referencia bibliográfica de donde se obtuvo la información, como se observa en el ejemplo siguiente:

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP a través de la escala de “BRADEN” tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.	la Shekelle Matheson S, 2007





4.1 Diagnóstico








EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>Debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda evaluar las siguientes áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Características del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad. • Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales). • Grado de disfunción y/o discapacidad asociados. • Riesgo de suicidio. • Respuesta al tratamiento previo.
	<p>En pacientes con riesgo de depresión preguntar si en el último mes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba? • ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?
	<p>Son síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión PSICACES (mnemotecnia)</p> <p>P- Psicomotricidad disminuida o aumentada S- Sueño alterado (aumento o disminución) I- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute) C- Concentración disminuida A- Apetito y peso (disminución o aumento) C- Culpa y autorreproche E- Energía disminuida, fatiga S- Suicidio (pensamientos)</p> <p>Nota: La reacción adaptativa, en la que se incluye el duelo corresponde a una respuesta normal que no requiere tratamiento, a menos que reúna criterios de depresión</p>


**2++
SIGN**
GPC_534 Depresión adulto 2014

**C
SIGN**
*Major Depressive Disorder–
Diagnosis and management.
Guideline & Protocols. Canadian,
2013*




2,3
*Major Depressive Disorder–
Diagnosis and management.
Guideline & Protocols.
Canadian, 2013*

	<p>Si el paciente responde a una o ambas preguntas de escrutinio afirmativamente, se deberán investigar los síntomas de PSICACES y los criterios de la CIE-10.(Anexo 3 Cuadros I al Cuadro IV)</p> <p>Se elabora diagnóstico de depresión si:</p> <ul style="list-style-type: none"> • presenta humor depresivo (o pérdida del interés) y • 4 de los anteriores síntomas(PSICACES) la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas. • cuando estos síntomas han afectado negativamente su rendimiento (personal, laboral, académico, familiar, social) 	<p>C SIGN</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian,2013</i></p>
	<p>La evaluación del riesgo de suicidio en la depresión es fundamental debido a su frecuente asociación</p>	<p>2++ SIGN</p> <p><i>GPC _534 Depresión adulto 2014</i></p>
	<p>Se recomienda evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mediante la valoración de los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de intentos de suicidio previos, otros trastornos mentales comórbidos y abuso de sustancias. • Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida. • Otros factores de riesgo como enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno. 	<p>3 SIGN</p> <p><i>GPC _534 Depresión adulto 2014</i></p>
	<p>En todo paciente deprimido se deberá investigar riesgo suicida haciendo énfasis en aquellos que manifiestan los siguientes síntomas y factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideas de muerte • Pérdida del sentido de la vida • Desesperanza • Intentos previos • Sexo masculino • Edad avanzada • Vivir solo • Historia familiar de suicidio • Historia familiar y personal de abuso de sustancias (principalmente alcohol) • Psicosis • Enfermedades crónicas, terminales, invalidantes y dolorosas • Impulsividad • Pobre capacidad para manejo del estrés 	<p>3</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p> <p>3</p> <p><i>GPC _534 Depresión adulto 2014</i></p> <p>5</p> <p><i>Tratamiento de Depresión en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Costa Rica, 2005</i></p>






	<p>Cuestionar sobre ideas de muerte o suicidas, si presenta desesperanza, si siente que la vida no tiene sentido y si ha presentado intentos</p> <p>Sí la respuesta es afirmativa:</p> <p>1.- Preguntar sobre planes de suicidio, forma de realizarlo, si tiene fácil acceso al método suicida, si ha escrito alguna nota, si hay algún factor que precipite o detenga el intento</p> <p>2.- Entrevista a familiares sobre cambios conductuales</p>	<p>3 SIGN</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p>
	<p>Se considerará como urgencia psiquiátrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ideación suicida persistente. • Intentos de suicidio previos y con ideas de muerte o suicidas actuales. • Existencia de factores severos de riesgo suicida (Anexo 3 cuadroV). • Plan suicida. 	<p>C SIGN</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p>
	<p>Se recomienda prestar especial atención a los aspectos que más afectan en el día a día de los pacientes con depresión y generan mayor impacto funcional.</p>	<p>Q</p> <p><i>GPC _534 Depresión adulto 2014</i></p>
	<p>En la evaluación se deben tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como el sexo, la familia, la red social o el estigma percibido.</p>	<p>Q</p> <p><i>GPC _534 Depresión adulto 2014</i></p>
	<p>Se debe explorar el significado y el impacto de la depresión en la familia del paciente y las posibles necesidades que puedan surgir, prestando especial atención a los niños, adolescentes y familiares dependientes a cargo del paciente con depresión.</p>	<p>Q</p> <p><i>GPC _534 Depresión adulto 2014</i></p>
	<p>Se recomienda favorecer la comunicación de los sentimientos y emociones en un ambiente empático y basado en el respeto</p>	<p>Q</p> <p><i>GPC _534 Depresión adulto 2014</i></p>
	<p>Cuando se realiza un diagnóstico de depresión se aportará toda la información necesaria sobre el trastorno y las opciones de tratamiento y se promoverán explicaciones que reduzcan el sentimiento de culpa y el estigma.</p>	<p>Q</p> <p><i>GPC _534 Depresión adulto 2014</i></p>

	<p>El diagnóstico se basa en criterios clínicos referidos.</p> <p>Las escalas no han demostrado superioridad al uso de la entrevista estructurada, las guías de práctica clínica y los criterios diagnósticos de clasificaciones internacionales</p>	<p>1- SIGN GPC_534 Depresión adulto 2014</p>
---	--	--



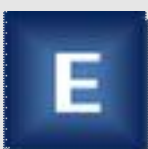


4.2 Tratamiento Farmacológico








EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
 <p>El tratamiento farmacológico esta indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Ningún antidepressivo ha demostrado superioridad sobre los otros</p>	<p>1+ SIGN Cameron IM et al. <i>J Affect Disord.</i> 2014 Sep;166:48-58</p>
 <p>Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que el resto de los antidepressivos.</p>	<p>1++ SIGN Borges S, et al. <i>J Clin Psychiatry.</i> 2014 Mar;75(3):205-14</p> <p>1+ Machado M, Einarson TR. <i>J Clin Pharm Ther.</i> 2010 Apr;35(2):177-88.</p> <p>1+ GPC_534 Depresión adulto 2014</p> <p>1+ de Silva VA, et al. <i>Int Clin Psychopharmacol.</i> 2012 Jan;27(1):8-16</p>
 <p>La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico. Los fármacos antidepressivos no generan adicción.</p>	<p>1++ SIGN Major Depressive Disorder—Diagnosis and management. <i>Guideline & Protocols.</i> Canadian, 2013</p> <p>1++ GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2014</p> <p>IV NICE, 2009</p> <p>1 Major Depressive Disorder—Diagnosis and management. <i>Guideline & Protocols.</i> Canadian, 2013</p>





	<p>La respuesta antidepressiva se inicia posterior a la tercera semana de recibir el fármaco a dosis terapéutica.</p> <p>Se debe mantener la misma dosis con la que se obtuvo la remisión durante todo el tratamiento.</p> <p>Los dos errores más frecuentes en el tratamiento farmacológico de la depresión son la utilización de dosis insuficientes y durante períodos de tiempo demasiado cortos.</p>	<p>1++ SIGN</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p> <p>1++</p> <p><i>GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2014</i></p> <p>IV</p> <p><i>NICE, 2009</i></p> <p>1</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p>
	<p>La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado depresivo con una duración superior a un año • Dos o más episodios durante los últimos 5 años 	<p>1++</p> <p><i>GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2014</i></p> <p>IV</p> <p><i>NICE, 2009</i></p> <p>1</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p>
	<p>La elección del tratamiento se debe basar en la eficacia del medicamento, experiencia del clínico, condiciones especiales del paciente y antecedente de respuesta a tratamiento previo personal y/o en familiares de primer grado.</p>	<p>1</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p>
	<p>Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS).</p>	<p>1</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p>
	<p>Proporcionar al paciente y familiares información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia</p>	<p>1</p> <p><i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</i></p>

	<p>Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram. Que de acuerdo a la evidencia han mostrado menor grado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios severos. Uso con cautela de anfebutamona, venlafaxina, reboxetina, y los ISRS en pacientes con epilepsia convulsiva</p>	<p>1 Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2013</p> <p>2+ SIGN Kristen et al. BMC Psychiatry. 2010, 10:95</p> <p>1+ Guidi J, et al. Psychol Med. 2011 Feb;41(2):321-31</p> <p>1+ GPC _534 Depresión adulto 2014</p>
	<p>Es más efectiva la terapia combinada (Psicoterapia más Farmacoterapia) que la terapia con antidepresivos únicamente</p>	<p>1+ GPC _534 Depresión adulto 2014</p> <p>1+ APA, 2010</p>
	<p>La utilización de Anticonvulsivantes o Antipsicóticos de 2ª. Generación, potencian el efecto de los antidepresivos</p>	<p>1+ GPC _534 Depresión adulto 2014</p> <p>C Zihyong Zhong MD, et al. J. Clin. Pharmacol.34,4 Ago.2014</p> <p>1++ [E:Shekelle] APA, 2010</p>
	<p>La terapia electroconvulsiva es un tratamiento físico que ha demostrado utilidad en casos de depresión refractaria, riesgo suicida, depresión psicótica.</p>	<p>I NICE, 2009</p>
	<p>El uso de terapia electroconvulsiva se reserva al tercer nivel (hospitalización psiquiátrica), bajo medidas técnicas que garanticen la integridad del paciente, así como la supervisión de un comité de bioética, consentimiento informado del paciente y/o de un familiar o persona responsable cuando el paciente se encuentre impedido.</p>	<p>1+ GPC _534 Depresión adulto 2014</p> <p>1+ APA, 2010</p>


4.2.1 Tratamiento no Farmacológico

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	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, counselling, 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.	1+ GPC _534 Depresión adulto 2014
Terapia Cognitiva Conductual		
	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	1+ GPC _534 Depresión adulto 2014
	La TCC, la activación conductual, el tratamiento combinado de <i>Mindfulness-based cognitive therapy</i> (MBCT) y la TIP presentaron menores tasas de recaídas al año de seguimiento.	1+ GPC _534 Depresión adulto 2014
	El tratamiento combinado de TCC + antidepresivos tiene menor riesgo de discontinuación que los antidepresivos solos y reduce de forma significativa la puntuación en escalas tanto autoaplicadas como heteroaplicadas.	1+ GPC _534 Depresión adulto 2014
	Un ECA con seguimiento a cinco años encontró que la terapia cognitiva breve en formato grupal en pacientes en remisión tras una variedad de tratamientos, fue más eficaz en la prevención de recaídas que el tratamiento habitual.	1+ GPC _534 Depresión adulto 2014


Activación conductual		
	La activación conductual fue más eficaz que el tratamiento habitual en atención primaria, tanto en la mejoría de la sintomatología depresiva como en los niveles de funcionalidad laboral y social.	1+ GPC_534 Depresión adulto 2014
Terapia de inclusión de la pareja		
	En comparación con estar en lista de espera, la terapia incluyendo a la pareja en mujeres con depresión mayor o distimia mejora el distrés psicológico, la carga de la depresión y la implicación en el proceso.	1+ GPC_534 Depresión adulto 2014
Terapia cognitivo conductual computarizada		
	Existe evidencia de eficacia en la mejoría de síntomas depresivos a corto plazo de la TCC-C en comparación con la TCC grupal, terapia de solución de problemas, tratamiento habitual, psicoeducación, grupo de discusión y lista de espera	1+ GPC_534 Depresión adulto 2014
Autoayuda guiada		
	La autoayuda guiada es una intervención eficaz para personas con depresión leve o con síntomas subclínicos de depresión, aunque no existe evidencia de su eficacia a largo plazo.	1+ GPC_534 Depresión adulto 2014
	Se debería garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten.	B SIGN GPC_534 Depresión adulto 2014
	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.	B SIGN GPC_534 Depresión adulto 2014
	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.	B SIGN GPC_534 Depresión adulto 2014

	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.	B SIGN GPC_534 Depresión adulto 2014
	Se recomienda considerar otras intervenciones psicológicas en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares o de pareja, frecuentemente asociadas a la depresión.	B SIGN GPC_534 Depresión adulto 2014
	Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual.	B SIGN GPC_534 Depresión adulto 2014
Ejercicio Físico		
	En pacientes con depresión mayor de grado leve-moderado, la guía del NICE recomienda realizar un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado (30- 60 minutos tres veces a la semana durante al menos 10-12 semanas), ya que podría ser una intervención con impacto clínicamente significativo sobre los síntomas depresivos.	B SIGN OMS GPC_534 Depresión adulto 2014

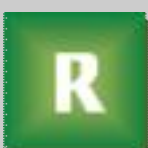

4.3 Criterios de Referencia y Contrarreferencia

EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN		NIVEL / GRADO
	<p>Se referirá de primer a segundo nivel en los siguientes casos :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobre o nula respuesta al tratamiento posterior a la utilización de la dosis terapéutica y por el tiempo mínimo necesario durante la fase aguda. • Abuso de sustancias. • Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos • Ideación y/o Intento de suicidio 	Punto de buena práctica



Referencia al tercer nivel de atención




	<p>Se referirá de segundo a tercer nivel a los pacientes con episodio depresivo grave con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de suicidio • Riesgo de heteroagresividad con y sin psicosis. • Necesidad de manejo en ambiente controlado. 	Punto de buena práctica
---	--	--------------------------------

Contrarreferencia entre los niveles de atención

	<p>Se contra referirán de tercero a segundo nivel pacientes en quienes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haya remitido la ideación suicida y alcanzado la remisión de síntomas agudos • Haya remitido la sintomatología psicótica • Pacientes con respuesta y estabilidad clínica en fase de continuación o mantenimiento. • Pacientes con máximo beneficio al tratamiento 	NICE, 2009 C
	<p>Se contra referirán de segundo a primer nivel, los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En quienes haya remitido la sintomatología y se encuentren en fase de continuación y mantenimiento. • Pacientes con máximo beneficio al tratamiento 	NICE, 2009 C

4.4 Vigilancia y Seguimiento

	EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN	NIVEL / GRADO
	<p>El mantener un seguimiento estructurado favorece la adherencia al tratamiento, disminuir riesgo de recaídas y recurrencias y mejora el pronóstico.</p>	<p>1++ <i>GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2014</i></p> <p>1 <i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2014</i></p> <p>IV <i>NICE, 2009</i></p>
	<p><i>En la fase inicial del tratamiento, de ser posible, citar en un plazo no mayor a 30 días para evaluar respuesta, posibles efectos colaterales y adherencia..</i></p>	<p>A SIGN <i>GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2014</i></p>

	<p>Posterior a contrarreferencia de segundo o tercer nivel, se citará cada mes con el médico de primer nivel y cada año con el psiquiatra, o antes si se considera necesario por inminente riesgo de recurrencia o complicación del caso.</p>	<p>A SIGN <i>GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2014</i></p>
	<p>En caso de ameritar manejo psicoterapéutico la cita será de ser posible, cada semana (criterio del psicólogo) en el servicio de psicología.</p>	<p>A SIGN <i>GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2014</i></p>
	<p>La respuesta terapéutica inicia a partir de la segunda a tercera semana de contar con tratamiento a dosis terapéutica, y la remisión puede presentarse hasta después de la octava semana.</p>	<p>1++ <i>GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2014</i> 1 <i>Major Depressive Disorder– Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2014)</i> IV <i>NICE, 2009</i></p>
	<p>La incapacidad laboral deberá considerarse, principalmente en depresión moderada a grave teniendo en cuenta el deterioro causado por el trastorno, efectos colaterales del tratamiento y el puesto específico de trabajo. Se deberá reintegrar a su actividad laboral en el menor tiempo posible al lograrse una mejoría en la que la disfuncionalidad no interfiera de manera importante con su desempeño.</p>	<p>Punto de buena práctica</p>

5. ANEXOS

5.1 Protocolo de Búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos acerca de la temática **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto**. La búsqueda se realizó en PubMed y en el listado de sitios Web para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en **Inglés, español**.
- Documentos publicados los últimos **5 años** (rango recomendado) o, en caso de encontrarse escasa o nula información, documentos publicados los últimos **10 años** (rango extendido).
- Documentos enfocados **orientación de la guía, generalmente descrita en el título**.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en otro idioma que no sea español o inglés.

5.1.1 Estrategia de búsqueda

5.1.1.1 Primera Etapa

Esta primera etapa consistió en buscar documentos relacionados al tema **Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto** en PubMed. La búsqueda se limitó a seres humanos, documentos publicados durante los últimos 5 años, en idioma inglés y español, del tipo de documento de Guías de Práctica Clínica y se utilizaron términos validados del MeSh. Se utilizó el(los) término(s) **término(s) MeSh depressive disorder, prevention, diagnosis, treatment, antidepressive drugs, benzodiazepinas. Search systematic[sb] AND (depressive disorder)** Filters: **Systematic Reviews; published in the last 5 years; Humans; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years**. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio **398** resultados, de los cuales se utilizaron **# de documentos utilizados** documentos para la elaboración de la guía.

BÚSQUEDA	RESULTADO
Search systematic[sb] AND (depressive disorder) Filters: Systematic Reviews; published in the last 5 years; Humans; Adult: 19-44 years; Middle Aged: 45-64 years .	398
("Depressive Disorder/classification"[Mesh] OR "Depressive Disorder/therapy"[Mesh]) AND ((systematic[sb] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "2010/03/26"[PDat] : "2015/03/24"[PDat] AND "humans"[MeSH Terms] AND ("adult"[MeSH Terms:noexp] OR "middle aged"[MeSH Terms]))	202

Algoritmo de búsqueda:

"Depressive Disorder/classification"[Mesh] OR "Depressive Disorder/therapy"[Mesh]) AND ((systematic[sb] OR Practice Guideline[ptyp]) AND "last 5 years"[PDat] AND Humans[Mesh] AND (adult[MeSH:noexp] OR middle age[MeSH]))

1. Depressive Disorder:[Mesh]>
2. Classification :[Subheading]
2. Diagnosis: [subheading]
4. Drug herapy:[Subheading]
5. Prevention and control : [Subheading]
6. #2 OR #3 OR #4 OR
7. #1 AND # 6
8. "2010"[PDAT]: "2015"[PDAT]
9. #7 AND #8
10. Humans: [MesH]

Se argumenta extender la búsqueda a 10 años en caso de no encontrarse información o de ser ésta muy escasa y se indica cuántos resultados se obtuvieron y, de éstos, cuántos se utilizaron.

La búsqueda en pubMed arrojó 19 GPC relacionadas con depresión, en los últimos 5 años de las cuales se revisaron las siguientes 7 GPC:

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 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 (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
2. Martin A Katzman, Pierre Bleau, Pierre Blier, Pratap Chokka, Kevin Kjernisted, Michael Van Ameringen, the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders Katzman et al. BMC Psychiatry 2014, 14(Suppl 1):S1
3. Recommendations on screening for depression in adults Canadian Task Force on Preventive Health Care, Guidelines CMAJ 2013. DOI:10.1503/cmaj.130403
4. Major Depressive Disorder in Adults: Diagnosis & Management. BCGuidelines.ca: Major Depressive Disorders in Adults (2013)
5. García- Herrera Perez B JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Ascencio JM. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria, Distrito Sanitario Málaga UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario "Carlos Haya". Málaga 2011
6. Marcelo P. Fleck, Marcelo T. Berlim, Beny Lafer, Everton Botelho Sougey, José Alberto Del Porto, Marco Antônio Brasil, Mário Francisco Juruena, Luis Alberto Hetem. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version)

Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral) Rev Bras Psiquiatr, 2009;31 (Supl):S7-17

7. Eunsoo Won,¹ Seon-Cheol Park,² Kyu-Man Han,¹ Seung-Hwan Sung,³ Hwa-Young Lee,³ Jong-Woo Paik,⁴ Hong Jin Jeon,⁵ Moon-Soo Lee,¹ Se-Hoon Shim,³ Young-Hoon Ko,¹ Kang-Joon Lee,⁶ Changsu Han,¹ Byung-Joo Ham,¹ Joonho Choi,⁷ Tae-Yeon Hwang,² Kang-Seob Oh,⁵ Sang-Woo Hahn,³ Yong-Chon Park,⁷ and Min-Soo Lee¹
Evidence-Based, Pharmacological Treatment Guideline for Depression in Korea, Revised Edition <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2014.29.4.468> • J Korean Med Sci 2014; 29: 468-484

5.2 Escalas de Gradación

NIVELES DE EVIDENCIA PARA ESTUDIOS DE TERAPIA POR NICE**

Nivel de Evidencia	Interpretación
1++	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con bajo riesgo de sesgos
1-	Meta-análisis de gran calidad, RS de EC con asignación aleatoria o EC con asignación aleatoria con alto riesgo de sesgos*
2++	RS de alta calidad de estudios de cohortes o de casos-controles, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal
2+	Estudios de cohortes o de casos-controles bien realizados, con bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una moderada probabilidad de que la relación sea causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo*
3	Estudios no analíticos, como informe de casos y series de casos
4	Opinión de expertas/os

*Los estudios con un nivel de evidencia con signos “-“ no deberían utilizarse como base para elaborar una recomendación,. Adaptado de Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

**National Institute for Clinical Excellence (NICE). Guidelines Development methods. Guideline Development Methods-Chapter 7: Reviewing and grading the evidence. London: NICE update March 2005.The guidelines manual 2009.

GRADOS DE RECOMENDACIÓN PARA ESTUDIOS DE TERAPIA (NICE)

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados.
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso formal
D(BPP)	Un buen punto de práctica (BPP) es una recomendación para la mejor práctica basado en la experiencia del grupo que elabora la guía

Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009*

Grados de Recomendación	Nivel de Evidencia	Diagnóstico
A	1a	Revisiones Sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad**, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico

B	2a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad
	2b	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico
	3a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad
	3b	Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia
C	4	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente, los estándares de referencia no son objetivos, cegados o independientes, o las pruebas positivas y negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes.
D	5	Opinión de expertas/os sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en “principios fundamentales”

*Adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) Centre for Evidence Based Medicine-Levels of Evidence (March 1009). Available from:<http://www.cebm.net/index.aspx?oO1025>. Visitado 28 agosto 2014

**Estudios con homogeneidad : se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección

5.3 Cuadros o figuras

DIAGNOSTICO DEL EPISODIO DEPRESIVO.

CUADRO I. PSICACES (Nemotecnia de síntomas depresivos relevantes para el diagnóstico)

P	Psicomotricidad disminuida o aumentada
S	Sueño alterado (aumento o disminución)
I	Interés reducido (pérdida de la capacidad para disfrutar)
C	Concentración disminuida
A	Apetito y peso (disminución o aumento)
C	Culpa y autorreproche
E	Energía disminuida y fatiga
S	Suicidio (pensamientos)

Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2014

CUADRO II CRITERIO A.

En este último mes durante 2 semanas o más, casi todos los días (se valora con las respuestas positivas de cada una de las preguntas, no de los síntomas):

Síntomas	Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> Estado de ánimo bajo con presencia de consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza y desamparo, apatía falta de iniciativa y/o irritabilidad. 	¿Se ha sentido triste, desanimado, sin ilusiones sin esperanza o deprimido?
<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras (Anhedonia). 	¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer, como escuchar música, trabajar, pasear, el sexo, convivir con las personas o sus pasatiempos?
<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de energía o fatiga; con una reducción significativa del nivel de actividad. 	¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aún cuando no haya trabajado todo el tiempo?

- Si al menos una de las tres preguntas anteriores es contestada afirmativamente, el paciente se considera con posible depresión, y está indicado pasar a las preguntas siguientes del criterio B para diagnosticar depresión menor o mayor, y el grado de esta última.
- Si todas las respuestas son negativas, no continuar con la entrevista en busca de depresión.

CUADRO II CRITERIO B.

En este último mes durante 2 semanas o más, casi todos los días (se valora con las respuestas positivas de cada una de las preguntas, no de los síntomas):

Síntomas	Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> Disminución en la atención y concentración. 	<p>¿Se ha sentido con dificultad para concentrarse en actividades como leer, conversar, ver la televisión, realización de tareas domésticas o de su trabajo (escuela)?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Ideas de culpa, pesimismo y sentimientos de inferioridad. 	<p>¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o todo lo que sucede a su alrededor?</p> <p>¿Se ha sentido inferior a otras personas?</p> <p>¿Ha perdido la confianza en usted mismo a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones en el apetito y peso (disminución o incremento). 	<p>¿Ha notado que ha aumentado o disminuido su apetito?</p> <p>¿Ha notado que ha perdido o ganado peso por lo menos un kilogramo por semana o más sin utilizar dieta alguna?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Insomnio. 	<p>¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse?</p> <p>¿Ha presentado dificultad para permanecer dormido?</p> <p>¿Se ha despertado más temprano de lo habitual?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Agitación o retardo psicomotor. 	<p>¿Ha notado que se encuentra más intranquilo o inquieto de lo habitual?</p> <p>¿Ha notado usted que ahora habla o se mueve más lento de lo habitual?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Pensamientos y actos suicidas. 	<p>¿Ha tenido usted ideas de que sería mejor estar muerto por que la vida ya no tiene sentido?</p> <p>¿Ha deseado usted morir o desaparecer?</p> <p>¿Ha pensado usted en lesionarse o quitarse la vida?</p>

CUADRO III.
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA CIE-10 (OMS)

<ul style="list-style-type: none"> • A <ul style="list-style-type: none"> ○ Duración, al menos dos semanas ○ No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico
<ul style="list-style-type: none"> • B <ul style="list-style-type: none"> ○ Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: ○ El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. ○ Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. ○ Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras ○ Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad
<ul style="list-style-type: none"> • C <ul style="list-style-type: none"> ○ Además deben estar presentes uno o más de los síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4 ○ Pérdida de confianza y estimación de si mismo y sentimientos de inferioridad ○ Reproches hacia si mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos e inadecuada ○ Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida ○ Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisiones y vacilaciones ○ Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición ○ Alteraciones del sueño de cualquier tipo ○ Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
<ul style="list-style-type: none"> • D <ul style="list-style-type: none"> ○ Puede haber o no síndrome somático. ○ Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas somáticos tienen un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos. ○ Pérdida importante del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que previamente eran placenteras ○ Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. ○ Despertarse por la mañana dos o mas horas antes de la hora habitual ○ Empeoramiento matutino del humor depresivo ○ Presencia de enlentecimiento motor o agitación ○ Pérdida marcada del apetito ○ Pérdida de peso del al menos 5% en el último mes ○ Notable disminución del interés sexual

CUADRO IV.**CRITERIOS DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DEPRESIVO**

Leve: presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.

Moderado: están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.

Grave: deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave

CUADRO V.**FACTORES DE RIESGO PARA SUICIDIO**

Factores	Intensidad del riesgo
Ideas de muerte	++
Perdida del sentido de la vida	+++
Desesperanza	+++
Intentos previos de suicidio	+++
Antecedentes familiares de suicidio o intentos	+++
Existencia de psicosis	+++
Enfermedades crónicas o altamente disfuncionales, dolorosas o terminales	++
Rasgos impulsivos de la personalidad	+++
Dificultad para adaptarse o manejar el estrés	+
Alcoholismo o abuso de otras sustancias	+++
Vivir solo y no contar con redes de apoyo social	++
Edad avanzada	++
Sexo masculino	+

+Bajo ++Medio +++Alto

CUADRO VI.**CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN**

Pacientes con alto riesgo de suicidio (rumiación suicida)
Pacientes con depresión refractaria que no responden al tratamiento farmacológico
Pacientes con depresión y que presenten estados de agitación psicomotora con alto riesgo de daño a terceros y destructividad

CUADRO VII.**FASES DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

Fases	Características
Aguda	Duración de 3 a 4 semanas buscando la remisión clínica
Seguimiento	Duración de un año con la finalidad de evitar la reaparición de los síntomas

CUADRO VIII.**TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO**

ANTIDEPRESIVO	DOSIS INICIAL 3 a 5 días	DOSIS TERAPÉUTICA
PRIMERA LÍNEA DE ELECCIÓN		
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)		
<i>Citalopram</i>	10 mg / día	20 – 40mg / día
<i>Fluoxetina</i>	10 mg / día	20 - 60mg / día
<i>Paroxetina</i>	10 mg / día	20 - 60mg / día
<i>Sertralina</i>	25 mg / día	50 -200 mg / día
Inhibidores no Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)		
<i>Venlafaxina</i>	75 mg / día	75-225 mg / día
Otro mecanismo de Acción		
<i>Anfebutamona</i>	150 mg/día	150-300 mg / día
<i>Reboxetina</i>	4 mg	4 - 12mg / día
SEGUNDA LÍNEA DE ELECCIÓN		
Tricíclicos		
<i>Amitriptilina</i>	25 mg	75 -300 mg/día
<i>Imipramina</i>	25 mg	75 -225mg/día

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1).

No me siento triste
Me siento triste.
Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2)

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
Me siento desanimado respecto al futuro.
Siento que no tengo que esperar nada.
Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán

3)

No me siento fracasado.
Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
Me siento una persona totalmente fracasada

4)

Las cosas me satisfacen tanto como antes.
No disfruto de las cosas tanto como antes.
Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

No me siento especialmente culpable.
Me siento culpable en bastantes ocasiones.
Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
Me siento culpable constantemente.

6)

No creo que esté siendo castigado.
Me siento como si fuese a ser castigado.
Espero ser castigado.
Siento que estoy siendo castigado.

7)

No estoy decepcionado de mí mismo.
 Estoy decepcionado de mí mismo.
 Me da vergüenza de mí mismo.
 Me detesto.

8)

No me considero peor que cualquier otro.
 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 Continuamente me culpo por mis faltas.
 Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

- ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- ☐ Desearía suicidarme.
- ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- ☐ No lloro más de lo que solía llorar.
- ☐ Ahora lloro más que antes.
- ☐ Lloro continuamente.
- ☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ Me siento irritado continuamente.
- ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ He perdido todo el interés por los demás.

13) .

- ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

4

14) .

- ☐ No creo tener peor aspecto que antes.

- ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

- ☐ Trabajo igual que antes.
- ☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

- ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

- ☐ No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ Me canso más fácilmente que antes.
- ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

- ☐ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ He perdido completamente el apetito.

5

19) .

- ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 7 kilos.
- ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

- ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz

de pensar en cualquier cosa.

21) .

- ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

1-10Estos altibajos son considerados normales.

11-16Leve perturbación del estado de ánimo.

17-20Estados de depresión intermitentes.

21-30Depresión moderada.

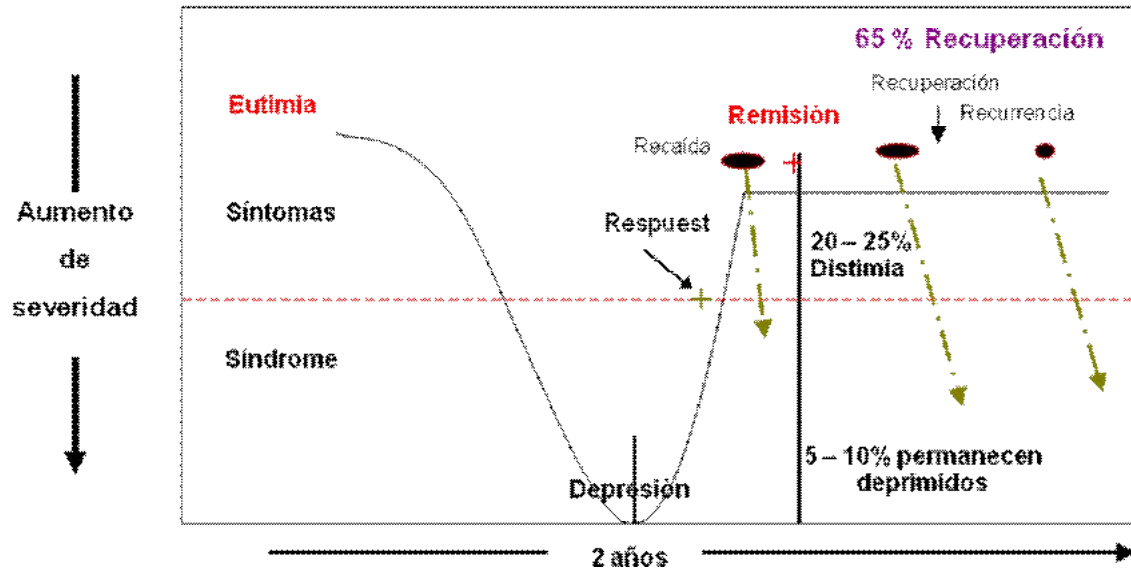
31-40Depresión grave.

+ 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

FIGURA I

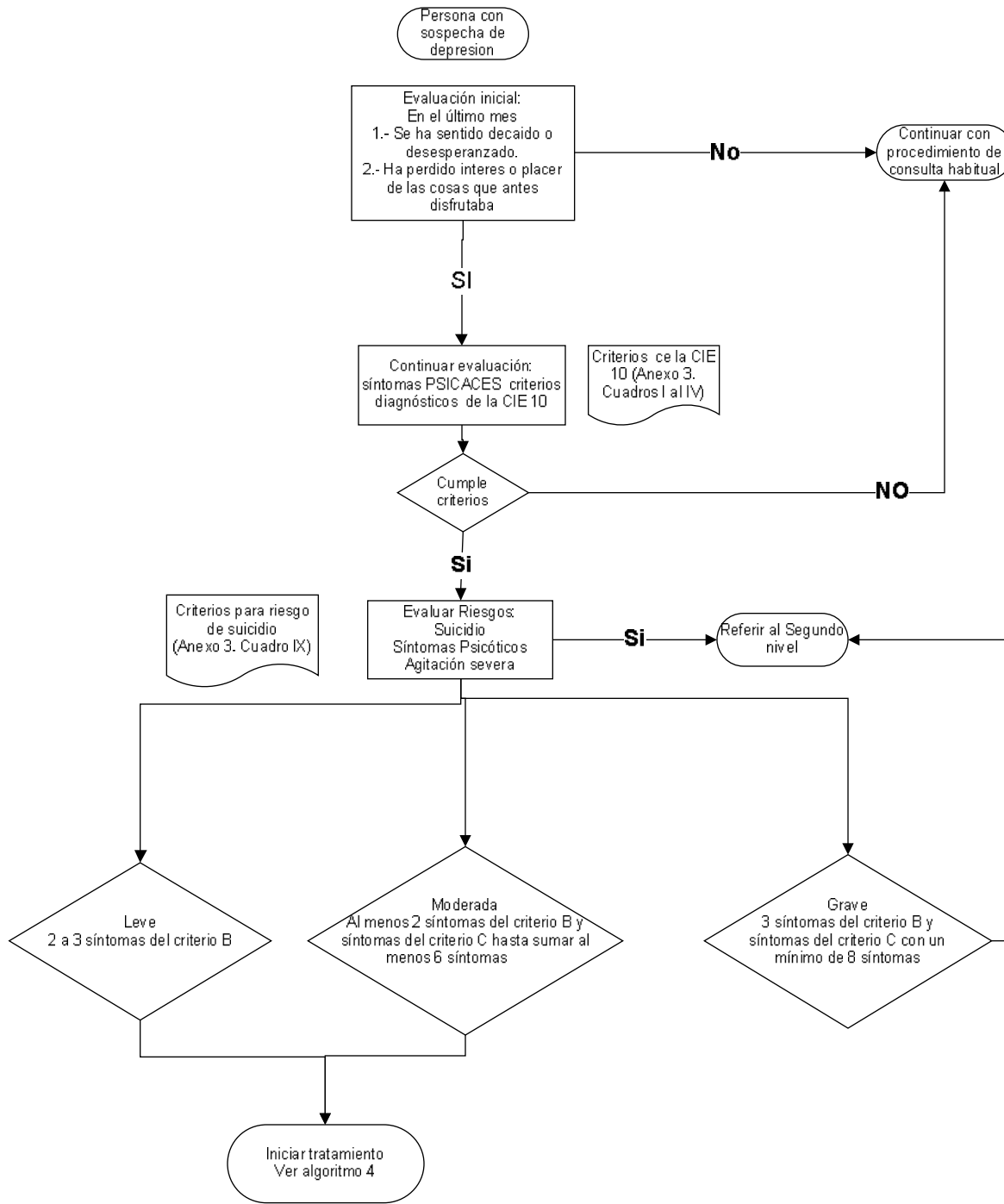
Historia Natural de la Depresión no tratada



5.4 Diagramas de Flujo

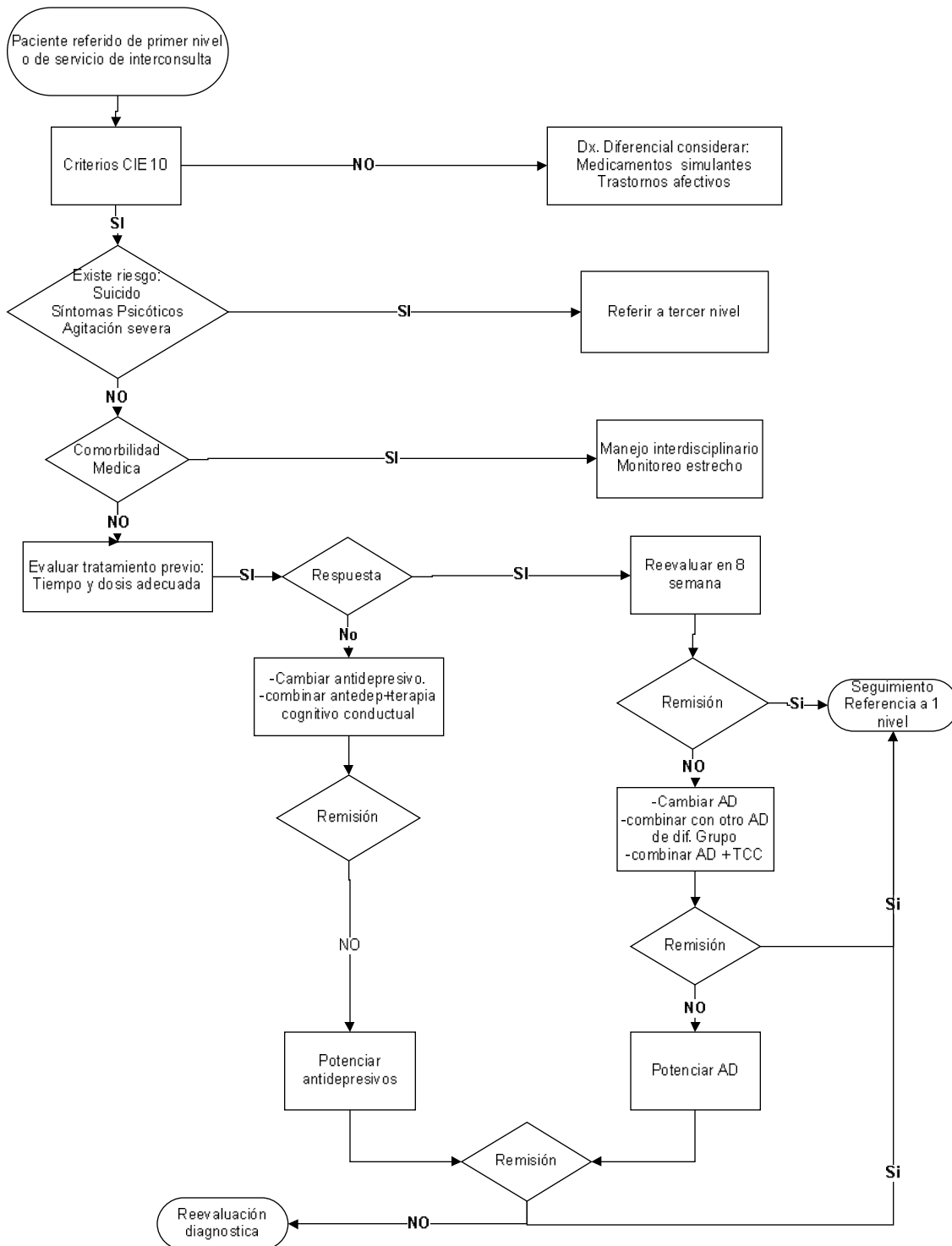
Algoritmo 1.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO POR EL MÉDICO NO PSIQUIATRA EN POBLACIÓN DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD EN EL 1 NIVEL DE ATENCIÓN



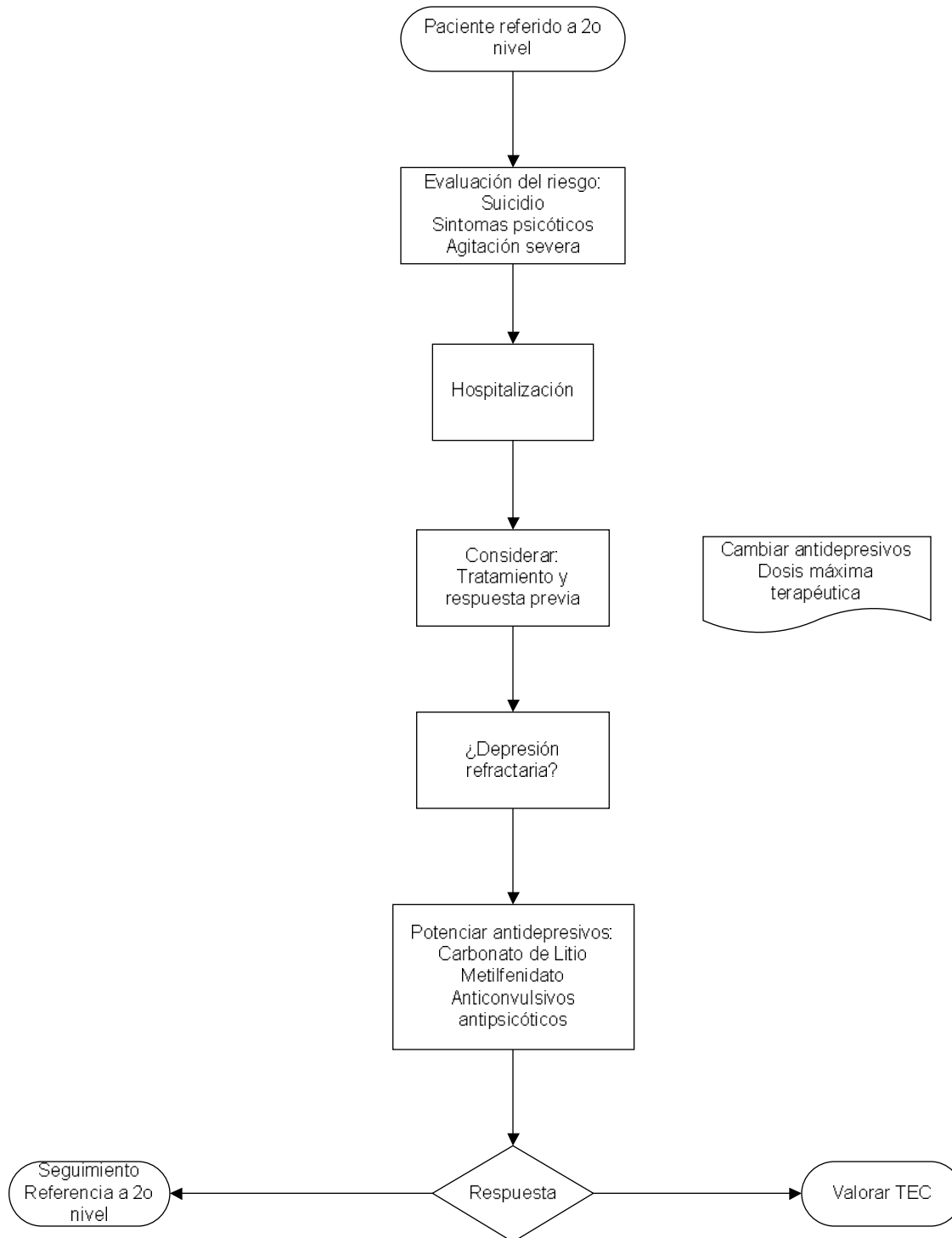
Agoritmo 2.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO POR EL PSIQUIATRA
EN POBLACION DE 18 A 59 AÑOS EN 2 NIVEL DE ATENCION



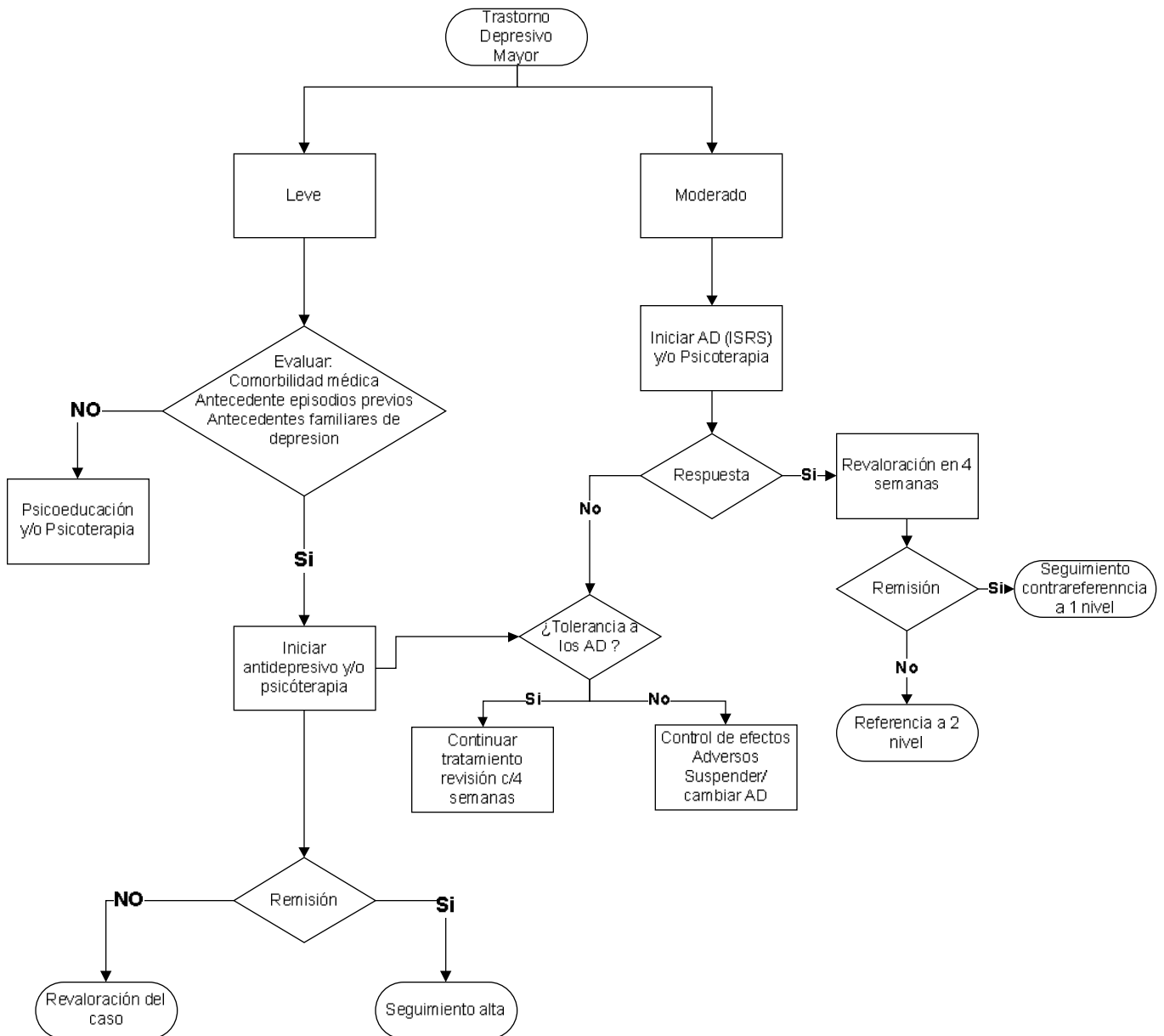
Algoritmo 3.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO POR EL MÉDICO NO PSIQUIATRA EN POBLACIÓN DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD EN EL 2 NIVEL DE ATENCIÓN



Algoritmo 4.

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL TRASTORNO DEPRESIVO POR EL MÉDICO NO PSIQUIATRA EN POBLACIÓN DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD EN EL 3 NIVEL DE ATENCIÓN



5.5 Listado de Recursos

5.5.1 Tabla de Medicamentos

Tabla I. Medicamentos antidepresivos indicados en el tratamiento

CUADRO BÁSICO DE MEDICAMENTOS							
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	TIEMPO	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
3305	Amitriptilina	100 mg al día	25 mgs/envase con 50 tabletas y de 50mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminoxidasa puede ocasionar excitación grave, y convulsiones.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiopatías Múltiples medicaciones
4486	Anfebutamona	150 a 300mg día	150mgs/envase con 15 y 30 tabletas o grageas de liberación prolongada	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Efectos neurológicos, como temblores, crisis epilépticas, cefalea, insomnio y alteración, gastrointestinal.	Interacciona en asociación con litio potencializando el riesgo de convulsiones Riesgo de toxicidad asociada a risperidona	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco Trastorno psicóticos No aconsejable en pacientes con crisis convulsivas, Traumatismo de cráneo,
5487	Citalopram	20 a 60mg	20mg, envase con 14 o 28 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Aumento de apetito y/o de peso, agitación, nerviosismo, disminución de la libido, ansiedad, alteraciones del sueño	Litio(Síndrome Serotoninérgico), alcohol, medicamentos que disminuyan umbral convulsivo, ADT, NLP de 1ª. Generación, Ketoconazol, Itraconzol, EritromicinaBupropión,	Insuficiencia Renal Crónica, Insuf. Hepática, Embarazo, Lactancia.

4483	Fluoxetina	20mg día	20 mg capsulas, comprimidos, solución, envase con 10, 20 y 40 tabletas o cápsulas Capsula de 90 mg de liberación prolongada (dosis semanal)	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Omeprazol, Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores Tienen efecto sobre el sistema microsómico hepático (citocromo P450) Interacciona con hipoglucemiantes orales, favorece hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes,	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
3302	Imipramina	100mg al día	10mg, 25, 50 mg,/envase con 60 tabs. la de 10 mg y de 20 tabs. para las otras presentaciones	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones

Tabla 2. Medicamentos potenciadores del efecto antidepressivo

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
5481	Paroxetina	25 mg al día	20 mgs y 25 mg / envase con 10 y 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los IMAO, antidepressivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgesico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores. Aumento de niveles de antipsicóticos	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
4487	Reboxetina	8 a 12 mg día	Tabletas de 4 mg envase con 30 y 60 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Hipotensión leve relacionada con la dosis, insomnio, sequedad de boca,	Ketoconazol incrementa los niveles en plasma de la reboxetina	Hipersensibilidad al fármaco

					estreñimiento, sudoración, retención urinaria, taquicardia y vértigo		
Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
4484	Sertralina	100mg al día	50 mgs y 100mg / envase con 14 cápsulas o tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico. Pueden bloquear el efecto analgesico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia,

4488	Venlafaxina		37.5mg, 75 mg/envase con 10 cápsulas de liberación prolongada Comprimidos de 37.5mg, 75mg y 150mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Nauseas sudoración, transitorios, cefalea, alteración de la acomodación visual, sequedad de boca e insomnio, Astenia, fatiga, En algunos casos con dosis de 200mg al día pueden presentar HTA , y de la FC disminución del apetito náusea.	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. No aconsejable en pacientes en pacientes con Hipertensión limite o de difícil control
------	-------------	--	---	---	--	--	--

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
3255	Carbonato de Litio	300 a 600mg/día ajustándose la dosis de acuerdo a niveles séricos.	Tabletas de 300mg. Envase con 50 tabletas	Se ajusta de acuerdo a la evolución.	Náusea, vómito, somnolencia, temblor, fatiga, leucocitosis, diabetes insípida nefrogénica, hiperglucemia, Tiroiditis hiponatremia, atrofia de nefronas y fibrosis glomerular.	Aminofilina, Bicarbonato y Cloruro de sodio, Carbamazepina, Probenecid, Indometazina, Metildopa y Piroxicam.	Hipersensibilidad al fármaco, asma, abdomen agudo, hipercapnia, ileo paralítico, enfermedad hepática o tiroidea y sensibilidad conocida a oxicodona y opiáceos.
5358	Lamotrigina	Se inicia con 25 mg incrementándose 50mg cada 2 semanas hasta llegar a 200mg al día.	Tabletas de 25 o 100mg, envase con 28	Se ajusta de acuerdo a la evolución	Cefalea, fatiga, erupción cutánea, náusea, mareo, somnolencia e insomnio, Síndrome de Stevens-Johnson.	Otros antiepilépticos incrementan su metabolismo.	Hipersensibilidad al fármaco.
1007	Levotiroxina	De 50 a 200ug incrementando en dosis de	Caja con 100 tabletas de 0.100mg	De acuerdo a respuesta.	Taquicardia, arritmia, angina de pecho, nerviosismo,	Fenitoína, Acido acetil-salicílico, antidepresivos	Diabéticos, pacientes anticoagulados, insuficiencia cardíaca o coronaria, IAM,

		25ug. Se administra en dosis única.			insomnio, temblor, pérdida de peso, irregularidades menstruales.	tricíclicos y con digitálicos. Disminuye el efecto de la Colestiramina.	Angina de pecho, Hipertensión arterias descompensada, insuficiencia córtico-suprarrenal, insuf. Pituitaria, intolerancia al yodo, hipertiroidismo.
5351	Metilfenidato	De 10 a 90mg divididos en 3 tomas.	Envase con 30 comprimidos de 10mg	De acuerdo a respuesta.	Cefalea, dolor estomacal, pérdida de apetito, insomnio, vómito, visión borrosa.	Inhibe el mecanismo de anticoagulantes cumarínicos, de anticonvulsivos y de antidepresivos ISRS.	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, hipertensión, ansiedad. Vigilancia hematológica en tratamiento prolongado.
5486	Olanzapina	De 5 a 20mg al día	Envase con 14 y 28 tabletas de 10mg	De acuerdo a respuesta.	Somnolencia, aumento de peso, vértigo, acatisia, edema, hipotensión ortostática, reseque de boca y estreñimiento. Aumenta niveles de prolactina y puede ocasionar galactorrea.	Incremento de su eliminación con Carbamazepina, efecto aditivo on alcohol. Se debe administrar con precaución en pacientes diabéticos.	Hipersensibilidad al fármaco e hipotensión arterial.
5489	Quetiapina	100 a 150mg cada 12 horas.	Caja con 60 tab. De 100mg	Mínimo 6 meses	Astenia, boca seca, rinitis, dispepsia, somnolencia, aumento de peso, constipación intestinal.	Incrementa efecto hipotensor, anestésicos generales, Metil-dopa y analgésicos opiodes, alcohol, Incrementa efecto sedante, antagoniza con Anticonvulsivantes, incrementa riesgo de arritmia cardíaca.	Crisis Epiléptica, Síndrome Neuroléptico Maligno, Hipersensibilidad al fármaco, Menores de 16 años.
3258	Risperidona	1 a 2mg cada 12 hrs.	Caja con 40 de tabletas de 2mg	De acuerdo a la respuesta terapéutica	Distonía aguda, Síndrome extrapiramidal, acatisia, temblor perioral, síndrome neuproléptico maligno, incremento de peso, discrasias	Incrementa efecto depresor (sedantes, alcohol, antihistamínicos y opiáceos. Inhibe acción de agonistas dopaminérgicos.	Hipersensibilidad al fármaco, Depresión de médula ósea.

					sanguíneas		
2623	Valproato de Mg	Se inicia con 15mg/Kg al día dividida en 3 tomas y ajustándose de acuerdo respuesta.	Caja con 40 tabletas de 200mg	De acuerdo a respuesta terapéutica.	Náusea, vómito, sedación, cefalea, ataxia, somnolencia, debilidad, hepatitis.	Disminuye su concentración plasmática al usarse con Fenitoína y con Fnoarbital	Hipersensibilidad al fármaco, embarazo e insuficiencia hepática.

5.6 Cédula de verificación de apego a las recomendaciones clave de la Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico(s) Clínico(s):			
CIE-9-MC / CIE-10	H36.0 Retinopatía diabética (E10–E14† con cuarto carácter común .3)		
Código del CMGPC:			
TÍTULO DE LA GPC			Calificación de las recomendaciones
Diagnóstico y Tratamiento del trastorno depresivo en el adulto			
POBLACIÓN BLANCO	USUARIOS DE LA GUÍA	NIVEL DE ATENCIÓN	(Cumplida: SI=1/NO=0 / No Aplica=NA)
Mujeres y hombres de 18 a 59 años	Médicos generales, médicos familiares, médicos psiquiatras y otras especialidades, Enfermeras, trabajadores sociales, personal de salud en formación y servicio social, psicólogos	Primero, segundo y tercer nivel de atención	
RECOMENDACIONES			
POR FAVOR, FORMULE LOS INCISOS DE PREFERENCIA EN FORMA AFIRMATIVA O BIEN, EN PREGUNTA. EN CASO DE OPTAR POR ESTA ÚLTIMA FORMA, INCLUYA LOS SIGNOS DE INTERROGACIÓN (¿?). GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.			
DIAGNÓSTICO CLÍNICO			
En pacientes con riesgo de depresión se ha interrogado lo siguiente: ¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba? ¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?			
Se registra la aplicación de PSICACES y los criterios de la CIE-10 en los pacientes que respondieron una o ambas preguntas afirmativamente			
Se registra la evaluación del riesgo de suicidio			
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO			
Se documenta haber iniciado el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS)			
Se documenta que en los pacientes con depresión que además tengan otras patologías no psiquiátricas se utilice sertralina o citalopram			
TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO			
Se registra y documenta la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten			
En pacientes con depresión leve-moderada se ha considerado integrarlo a un tratamiento psicológico breve como la terapia cognitivo conductual o la terapia de solución de problemas			
Se ha considerado incorporar al paciente con depresión a un programa de ejercicio físico estructurado y supervisado por lo menos tres veces a la semana durante 30 minutos para reducir los síntomas relacionados con depresión			
REFERENCIA			

Se documenta la referencia al segundo nivel de atención en los casos en donde: a) Sea pobre o nula la respuesta al tratamiento posterior a la utilización de la dosis terapéutica y por el tiempo mínimo necesario durante la fase aguda b) Abuso de sustancias c) Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos d) Ideación y /o intento de suicidio	
VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO	
Se documenta en la fase inicial del tratamiento evaluar respuesta, posibles efectos colaterales y adherencia en un plazo no mayor a 30 días	
Se registra el seguimiento del paciente cada mes en el primer nivel y cada año con el psiquiatra	
EVALUACIÓN	
Total de recomendaciones cumplidas (1)	0
Total de recomendaciones no cumplidas (0)	0
Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA)	0
Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado	0
Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%)	#¡DIV/0!
Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO)	

6. GLOSARIO

Depresión crónica: aquella depresión mayor en la que se cumplen criterios diagnósticos durante dos o más años.

Depresión mayor: 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, haciendo especial énfasis en la esfera.

Depresión resistente o refractaria: NICE la define como aquella cuyos síntomas se mantienen tras dos o más ensayos con antidepresivos y considera no respondedores en tratamiento agudo a aquellos pacientes que no responden a un único ensayo de tratamiento. Con criterios más restrictivos, otros autores definen depresión resistente como el fracaso para alcanzar la remisión tras un ensayo adecuado de tratamiento de tres clases de antidepresivos diferentes en dosis y tiempo adecuados.

Distimia. Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con un estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo.

Duelo: Reacción emocional y del comportamiento que es normal, y suele ser desencadenado por pérdidas significativas reconocidas por el paciente como relacionadas. Representa un proceso adaptativo y consta de las siguientes fases: Negación, Ira, Negociación, Depresión, Aceptación (estas fases pueden ser nombradas de diferente manera por otros autores, pero son coincidentes en lo referente. El orden de ellas es solo ilustrativo).

Se considera un duelo complicado o patológico cuando este se acompaña de síntomas que cumplen criterios diagnósticos para un episodio depresivo o bien la presencia de síntomas psicóticos.

Eutimia. Estado de ánimo dentro de la gama «normal», que implica la ausencia de ánimo deprimido o elevado.

Idea delirante. Falsa creencia basada en una inferencia incorrecta relativa a la realidad externa que es firmemente sostenida, a pesar de lo que casi todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario. La creencia no está aceptada ordinariamente por otros miembros de la subcultura o cultura a la que pertenece el sujeto (p. ej., no es un artículo de fe religiosa). Cuando una creencia errónea implica un juicio de valor, sólo se considera idea delirante cuando el juicio es tan extremo que desafía toda credibilidad. La convicción delirante se produce a lo largo de un *continuum* y a veces puede inferirse del comportamiento del individuo. Con frecuencia es difícil distinguir entre una idea delirante y una idea sobrevalorada (en cuyo caso el individuo tiene una creencia o idea no razonable, pero no la sostiene tan firmemente como en el caso de una idea delirante).

Ideación suicida: pensamientos recurrentes de autodaño con fines de muerte.

Intento suicida: conducta deliberada de autodaño.

Psicosis: estado clínico grave con alteración en el juicio (pérdida del sentido de la realidad) con estado de conciencia clara y alteraciones específicas en el pensamiento (ideas delirantes). Además puede cursar con alteraciones en la sensorio-percepción (alucinaciones), conducta y afecto.

Recaída: empeoramiento de un episodio controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación.

Recuperación: remisión superior a 6 meses, en la que el paciente está asintomático o sólo tiene uno o dos síntomas leves. El término suele usarse para designar la recuperación del episodio, no de la enfermedad.

Recurrencia: aparición de un nuevo episodio en un paciente recuperado.

Remisión: estado en que el paciente está prácticamente asintomático y ha recuperado su patrón funcional previo teniendo en cuenta que no implica ausencia total de síntomas.

Respuesta al tratamiento: disminución igual o mayor del 50% en la puntuación base de la depresión medida por escalas de depresión estandarizadas. Si la reducción es entre el 25 y 49% de la puntuación inicial se hablaría de respuesta parcial y si es menor del 25%, de no respuesta.

Suicidio: Daño auto infligido deliberado

Terapia electroconvulsiva: técnica consistente en provocar, con finalidad terapéutica, una crisis convulsiva generalizada, la cual deberá de repetirse en varias ocasiones de acuerdo a un patrón y método estandarizado. Lo anterior se logra a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central.

Tristeza: emoción básica de carácter no patológico y reactiva a un estímulo, que se caracteriza por decaimiento del estado del ánimo y es transitoria.

Psicoeducación: Es una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.

Terapia cognitivo-conductual: Técnica psicoterapéutica que consiste en identificación de las creencias irracionales y actitudes distorsionadas hacia uno mismo, el entorno y el futuro que perpetúan los estados de ánimo depresivos.

Terapia interpersonal: Técnica psicoterapéutica centrada en el duelo, conflictos en la función desempeñada, transición a nuevas funciones, aislamiento social, déficit en habilidades sociales y otros factores interpersonales que pueden influir en el desarrollo de la depresión.

Terapia de resolución de problemas: Es una forma de intervención estructurada, breve y centrada en el aprendizaje de afrontar problemas específicos frecuentemente asociados a la depresión.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Aylard PR, Gooding JH, McKernna PJ, Snaith RP. A validation study of three anxiety and depression self-assessment scales. *J Psychosom Res* 1987; 31: 261-273.
2. BERENZON, Shoshana; LARA, María Asunción; ROBLES, Rebeca y MEDINA-MORA, María Elena. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud pública de Méx* 2013, vol.55, n.1 pp. 74-80 . Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100011&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0036-3634
3. Cuadro básico de medicamentos IMSS. Febrero 2015
4. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2009
5. Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and of World Mental Health Survey Initiative . *World Psychiatry* 2007;6:168-176
6. Encuesta internacional de salud mental. OMS. 2012
7. Eunsoo Won, Seon-Cheol Park, Kyu-Man Han, Seung-Hwan Sung, Hwa-Young Lee, Jong-Woo Paik, Hong Jin Jeon, Moon-Soo Lee, Se-Hoon Shim, Young-Hoon Ko, Kang-Joon Lee, Changsu Han, Byung-Joo Ham, Joonho Choi, Tae-Yeon Hwang, Kang-Seob Oh, Sang-Woo Hahn, Yong-Chon Park, and Min-Soo Lee. Evidence-Based, Pharmacological Treatment Guideline for Depression in Korea, *J Korean Med Sci* 2014; 29: 468-484. Revised Edition <http://dx.doi.org/10.3346/jkms.2014.29.4.468>
8. Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernández A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: Results from the ESEMedD-Spain project. *J Affect Disord*. 2010; 120(1-3): 76-85
9. García- Herrera Perez B JM, Nogueras Morillas EV, Muñoz Cobos F, Morales Ascencio JM. Guía de práctica clínica para el tratamiento de la depresión en atención primaria, Distrito Sanitario Málaga UGC Salud Mental Hospital Regional Universitario “Carlos Haya”. Málaga 2011
10. Gelenberg Alan J, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, Van Rhoads R. Practice guideline for the treatment of patients with mayor depressive disorder. APA 2012

11. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Screening and case finding instruments for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Art. No.: CD002792. DOI: 10.1002/14651858.CD002792.pub2.
12. Gregory E. S., VonKorff M, Piccinelli M, Fullerton C., Ormel J, An International Study of the Relation between Somatic Symptoms and Depression N Engl J Med 1999; 341:1329-1335
13. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Depresión. (APAL) 2008
14. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. 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 (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
15. Hidalgo RI, Santos GJ. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria 2006, 211-237
16. Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes: meta-analysis. British Journal of Psychiatry 2003;183(5):384-397.
17. Kruger M. Roth T, Dement W. Principles and practice of medicine. Saunders, 3a ed. 2000
18. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 2003;289(23):3095-105.
19. Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E, Gorber SC, Tonelli M. Recommendations on screening for depression in adults. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Guidelines CMAJ 2013. DOI:10.1503/cmaj.130403
20. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.).
21. Marcelo P. Fleck, Marcelo T. Berlim, Beny Lafer, Everton Botelho Sougey, José Alberto Del Porto, Marco Antônio Brasil, Mário Francisco Juruena, Luis Alberto Hetem. Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version) Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral) Rev Bras Psiquiatr, 2009;31 (Suppl):S7-17

22. Major Depression in Adults in Primary Care. National Guideline Clearinghouse (NGC) and the Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2008.
23. Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian 2013
24. Martin A Katzman, Pierre Bleau, Pierre Blier, Pratap Chokka, Kevin Kjernisted, Michael Van Ameringen, the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders Katzman et al. BMC Psychiatry 2014, 14(Suppl 1):S1
25. Medina-Mora, ME, Borges G, Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. Psychological Medicine, 2005 35(12), 1773-1783
26. NHS. MeReC Bulletin. Nun-drug therapies for depression in primary care. 16(1). Disponible en www.npc.co.uk/merec.htm
27. Omaña Palanco Ricardo. Tesis doctoral Encuesta Nacional de Salud 1995-2003 Universidad Complutense de Madrid 2008
28. The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand 2004;109 (Suppl.420):47-54
29. Thase, M.E. “Long term treatments of recurrent depressive disorders” J. Clin. Psychiatry, 1992;53 (suppl):32-44.
30. Tratamiento de Depresión en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Costa Rica 2005
31. Torres M, Hernández E, Soto H. Sensibilidad, especificidad y confiabilidad del Inventario para Depresión de Beck, en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México. Depto. De Psiquiatría y Salud Mental, UNAM. Tesina realizada en 1987.
32. Valencia M, Salim R, Pérez R. Trastornos del dormir. Primera Edición McGraw Hill, 2000
33. WAGNER, Fernando A. et al. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Ment [online]. 2012, vol.35, n.1 [citado 2015-03-12], pp. 3-11 . Disponible

en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0185-3325

34. www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html. Revizada en marzo del 2015
35. Zieher LM, Rojtenberg S. Depresión y antidepresivos. Bases Clínicas, psicodinámicas y farmacológicas. 2012, Buenos Aires, Argentina
36. Zigmond AJ, Snaith RP. The hostal anxiety and depression scale. Acta Psychiat Scand 1983; 67: 361-370.

8. AGRADECIMIENTOS

Se agradece a las autoridades del **Instituto Mexicano del Seguro Social** las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por **Instituto Mexicano del Seguro Social** y el apoyo, en general, al trabajo de las y los autores.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz	Secretaria				
	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE				
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajero				
	Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE				

9. COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Dr. Jaime Antonio Zaldívar Cervera	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Coordinador Técnico de Excelencia Clínica
	Jefe de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Judith Gutiérrez Aguilar	Jefa de Área de Innovación de Procesos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Adolfin Bergés García	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Socorro Azarell Anzures Gutiérrez	Coordinadora de Programas Médicos
Lic. Ana Belem López Morales	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Coordinador de Programas
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador
Lic. Ismael Lozada Camacho	Analista Coordinador