



REGISTRO OFICIAL[®]

ÓRGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Ec. Rafael Correa Delgado
Presidente Constitucional de la República

EDICIÓN ESPECIAL

Año IV - Nº 993

**Quito, martes 4 de
abril de 2017**

Valor: US\$ 3,75 + IVA

ING. HUGO DEL POZO BARREZUETA
DIRECTOR

Quito: Avenida 12 de Octubre
N23-99 y Wilson
Segundo Piso

Oficinas centrales y ventas:
Telf. 3941-800
Exts.: 2301 - 2305

Distribución (Almacén):
Mañosca Nº 201 y Av. 10 de Agosto
Telf. 243-0110

Sucursal Guayaquil:
Av. 9 de Octubre Nº 1616 y Av. Del Ejército
esquina, Edificio del Colegio de Abogados
del Guayas, primer piso. Telf. 252-7107

Suscripción anual:
US\$ 400 + IVA para la ciudad de Quito
US\$ 450 + IVA para el resto del país

Impreso en Editora Nacional

108 páginas

www.registroficial.gob.ec

**Al servicio del país
desde el 1º de julio de 1895**



Ministerio
de **Salud Pública**

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO Nº 0036 - 2017

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA
“DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
DEL EPISODIO DEPRESIVO Y
DEL TRASTORNO DEPRESIVO
RECURRENTE EN ADULTOS”.**

No. 0036–2017

**LA MINISTRA
DE SALUD PÚBLICA****Considerando:**

Que, la Constitución de la República del Ecuador ordena que es deber primordial del Estado, garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en dicha Norma Suprema y en los instrumentos internacionales, en particular la salud, conforme lo previsto en su artículo 3, numeral 1;

Que, la citada Constitución de la República, en el artículo 32, manda que la salud es un derecho que garantiza el Estado, mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud;

Que, la Constitución de la República, en el artículo 361, establece que el Estado ejercerá la rectoría del Sistema Nacional de Salud a través de la Autoridad Sanitaria Nacional, quien será responsable de formular la política nacional de salud, y de normar, regular y controlar todas las actividades relacionadas con la salud;

Que, la Ley Orgánica de Salud, en el artículo 4, prevé que la Autoridad Sanitaria Nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud, así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia de dicha Ley y que las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias;

Que, el artículo 6 de la Ley Orgánica de Salud, preceptúa entre las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública: “(…). 3. *Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares; (...) 34. Cumplir y hacer cumplir esta Ley, los reglamentos y otras disposiciones legales y técnicas relacionadas con la salud, así como los instrumentos internacionales de los cuales el Ecuador es signatario (...)*”;

Que, mediante Decreto Ejecutivo No. 1293 publicado en el Registro Oficial Suplemento No. 934 de 31 de enero de 2017, el señor Presidente de la República del Ecuador nombró como Ministra de Salud Pública a la doctora María Verónica Espinosa Serrano;

Que, el Estatuto Orgánico Sustitutivo de gestión Organizacional por Procesos del Ministerio de Salud Pública, emitido con Acuerdo Ministerial No. 00004520, publicado en la Edición Especial del Registro oficial No. 118 de 31 de marzo de 2014, señala como misión de la Dirección Nacional de Normatización: “*Desarrollar y definir todas*

las normas, manuales, protocolos, guías y otras normativas relacionadas a la gestión de la salud, a fin de que el Ministerio ejerza la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud, garantizando la calidad y excelencia en los servicios; y, asegurando la actualización, inclusión y socialización de la normativa entre los actores involucrados.”; y,

Que, es necesario que los profesionales de la salud cuenten con un instrumento que contenga recomendaciones clínicas, basadas en la mejor evidencia científica disponible, para la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento, referencia y contrarreferencia de personas adultas con depresión, bajo los principios de equidad, integralidad, inclusión, interculturalidad, participación social, intersectorialidad y derechos.

En ejercicio de las atribuciones concedidas por los artículos 151 y 154, numeral 1, de la Constitución de la República del Ecuador y por el artículo 17 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva

Acuerda:

Art. 1.- Aprobar y autorizar la publicación de la Guía de Práctica Clínica **“Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos”**.

Art. 2.- Disponer que la Guía de Práctica Clínica **“Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos”**, sea aplicada a nivel nacional como una normativa del Ministerio de Salud Pública, de carácter obligatorio para el Sistema Nacional de Salud.

Art. 3.- Publicar la citada Guía en la página web del Ministerio de Salud Pública.

DISPOSICIÓN FINAL

El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial y de su ejecución encárguese a la Subsecretaría Nacional de Provisión de Servicios de Salud a través de las Direcciones Nacionales de Primer Nivel de Atención en Salud y de Hospitales; y, a la Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud a través de la Dirección Nacional de Articulación de la Red Pública y Complementaria de Salud.

Dado en la ciudad de Quito, Distrito Metropolitano a, 21 de marzo de 2017.

f.) Dra. María Verónica Espinosa Serrano, Ministra de Salud Pública

Es fiel copia del documento que consta en el archivo de la Dirección Nacional de Secretaría General al que me remito en caso necesario. Lo certifico en Quito a, 21 de marzo de 2017.- f.) Ilegible, Secretaría General.- Ministerio de Salud Pública.

0036-2017

Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos

Guía de Práctica Clínica

2017

¡unzame's!
Patria!

 Ministerio
de Salud Pública



XXXXXXXXXX

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica .Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización-MSP; 2017. 71 p: tabs: gra: 18x25cm

XXXXXXXXXXXXXX

- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| 1. Depresión | 4. Diagnóstico |
| 2. Tratamiento | 5. Ministerio de Salud Pública |
| 3. Episodio depresivo | |

Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Av. República de El Salvador N36-64 y Suecia
Quito-Ecuador
Teléfono: (593 2)381-4400
www.salud.gob.ec

Edición General: Dirección Nacional de Normatización – MSP

Esta Guía de Práctica Clínica ha sido adaptada por profesionales especialistas expertos en la materia, bajo la coordinación del Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones y la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública. En ella se reúnen evidencias y recomendaciones científicas para asistir a profesionales de la salud y pacientes en la toma de decisiones acerca del diagnóstico y tratamiento de este trastorno.

Estas recomendaciones son de carácter general y no definen un modo único de conducta procedimental o terapéutica, sino una orientación basada en evidencia científica para la misma con alternativas terapéuticas adecuadas a cada tipo de trastorno mental. La aplicación de las recomendaciones en la práctica médica deberá basarse además, en el buen juicio clínico de quien las emplea como referencia, en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente después que haya recibido una información detallada por parte del especialista de los beneficios y los perjuicios de los diferentes abordajes terapéuticos que puede recibir, en los recursos disponibles al momento de la atención, así como en las normas existentes.

Todos los miembros involucrados en la adaptación de este documento han declarado no tener conflictos de interés y han procurado ofrecer información completa y actualizada. Sin embargo, en vista de la posibilidad de cambios en las ciencias médicas, se recomienda revisar el prospecto de cada medicamento que se planea administrar para cerciorarse de que no se hayan producido cambios en las dosis sugeridas o en las contraindicaciones para su administración. Esta recomendación cobra especial importancia en el caso de medicamentos nuevos o de uso infrecuente.

Publicado en XXXXXde 2017
ISBN XXXXXXXX

Los contenidos son publicados bajo Licencia de CreativeCommons de "Atribution-No Comercial-Compartir Igual 3.0 Ecuador", y puede reproducirse libremente citando la fuente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y capacitación no lucrativas.

Cómo citar esta obra:

Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (GPC). Primera Edición, Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2017. Disponible en: <http://salud.gob.ec>

Autoridades del Ministerio de Salud Pública

Dra. Verónica Espinosa, Ministra de Salud Pública
Dr. Fernando Cornejo, Viceministro de Gobernanza y Vigilancia de la Salud
Dra. Jakeline Calle, Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud
Dra. Martha Gordón, Directora Nacional de Normatización
Psc. Andrés Aguirre, Gerente del Proyecto, Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental, Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones

Equipo de redacción y autores

Dr. Patricio Benavides, médico psiquiatra, Quito
Dr. Abel Pérez León, médico psiquiatra, Proyecto de Salud Mental, MSP
Md. Esteban Bonilla, neurocientífico, Dirección Nacional de Normatización, MSP

Equipo de colaboradores

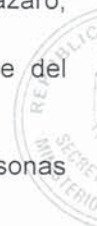
Psc. Gabriela Llanos, analista, Comisión de Salud Mental, MSP
Psc. Andrés Aguirre, analista, Comisión de Salud Mental, MSP

Primer equipo de revisión y validación

Psc. Rosa Romero, psicóloga clínica, Hospital Quito N°1
Dr. José Pilligua, médico Psiquiatra, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo
Psc. Ana Hurtado, psicóloga clínica, Hospital Psiquiátrico Julio Endara
Psc. Stefanía Andrade, psicóloga clínica, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1
Psc. Nelson Jarrín, psicólogo clínico, Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas N°1
Psc. Victoria Muñoz, psicóloga clínica, Hospital General Enrique Garcés
Dra. Nancy Calero, médica psiquiatra, Hospital Pablo Arturo Suárez
Dra. Cecilia Portilla, médica psiquiatra, Hospital Psiquiátrico Julio Endara
Dra. Vanessa Gorozabel, médica psiquiatra, Hospital Vozandes de Quito
Psc. Alejandro Checa, psicólogo clínico, Hospital de Especialidades Eugenio Espejo
Psc. Freddy Narváez, analista, Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención de Salud
Mgs. Ibeth Garcés, analista, Dirección Nacional de Hospitales
Dra. Ximena Raza, magíster en salud pública, Coordinadora DNN-MSP
Md. Ma. José Larrea, analista DNN
Dra. Silvia Álvarez, especialista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Qf. Jacob Flores, analista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos
Bqcl. Brenda Atti, analista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos

Segundo equipo de revisión y validación

Psc. Ernesto Flores, Docente Universidad Católica del Ecuador
Psc. David Moscoso, psicólogo clínico, Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón
Dra. Mónica Merino, analista Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos – Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Qf. Jacob Flores, analista, Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos – Ministerio de Salud Pública del Ecuador
Dra. Ana María Tanquino, médica psiquiatra, Centro de Atención Ambulatoria San Lázaro, Quito
Dra. Ma. Soledad Sánchez, especialista en salud comunitaria, Directora Responsable del Centro de Salud Llano Chico
Dra. Shakira Beltrán, médica familiar, CZ9-17D07 Unidad Operativa Asistencia Social
Dra. Yaneisy Jiménez, médica psiquiatra, Centro Especializado en el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CETAD), Quito
Dr. Benoit Marchand, magister en salud comunitaria, Empresa Pública Yachay
Dra. Ximena Raza, magíster en salud pública, Coordinadora DNN-MSP



Contenido

1.	Descripción de esta Guía de Práctica Clínica	
2.	Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10.....	
3.	Preguntas que responde esta guía.....	
4.	Introducción	
5.	Justificación	
6.	Objetivo general	
7.	Objetivos específicos	
8.	Alcance	
9.	Glosario de términos académico-científicos.....	
10.	Historia natural de la enfermedad y pronóstico.....	
11.	Aspectos metodológicos	
12.	Evidencias y grados de recomendación.....	
13.	Evidencias y recomendaciones	
13.1	Modelo escalonado para la atención de la depresión.....	
13.2	Paso 1: Reconocimiento, evaluación y manejo inicial	
13.2.1	Consideraciones generales para la sospecha, tamizaje y diagnóstico de depresión.....	
13.2.2	Recomendaciones para el diagnóstico de depresión	
13.2.3	Diagnóstico diferencial de depresión.....	
13.2.4	Evaluación y manejo inicial de pacientes con depresión	
13.2.5	Consideraciones generales para la psicoterapia.....	
13.3	Paso 2: Depresión leve.....	
13.3.1	Recomendaciones para el manejo de depresión leve	
13.3.2	Psicoterapia en la depresión leve	
13.4	Paso 3: Depresión moderada y grave	
13.4.1	Recomendaciones para el manejo de depresión moderada y grave ...	
13.4.2	Psicoterapia en la depresión moderada y grave.....	
13.4.3	Tratamiento farmacológico	
13.5	Paso 4: Depresión con alto riesgo para la vida.....	

13.5.1	Terminología y nomenclatura.....
13.5.2	Detección y clasificación de riesgo suicida.....
13.5.3	Manejo del riesgo, la ideación y la conducta suicida
13.6	Seguimiento
13.7	Situaciones especiales.....
13.7.1	Depresión resistente al tratamiento
13.7.2	Embarazo y lactancia
13.7.3	Adulto mayor.....
13.8	Referencia y contrarreferencia
14.	Abreviaturas, signos y símbolos usados en esta guía.....
15.	Referencias.....
16.	Anexos.....
	Anexo 1. Resumen de la búsqueda de información científica.....
	Anexo 2. Evidencia sobre la eficacia de las diferentes intervenciones psicológicas en pacientes con depresión.....
	Anexo 3. Tipos de psicoterapias para depresión.....
	Anexo 4. Evidencia sobre la seguridad, eficacia, dosis, duración y uso de antidepresivos para prevención de recaídas.....
	Anexo 5. Revisión de la nomenclatura del espectro suicida.....
	Anexo 6. Evidencias para el manejo del espectro suicida
	Anexo 7. Escala de riesgo suicida de Plutchik.....
	Anexo 8. Test Manchester Self-Harm
	Anexo 9. Evidencia de potenciación con fármacos para depresión resistente.....
	Anexo 10. Escalas validadas en español para depresión.....
	Anexo 11. Resumen sobre el manejo de la depresión en adultos.....
	Anexo 12. Medicamentos avalados por esta Guía de Práctica Clínica
	Anexo 13. Dispositivos médicos.....



1. Descripción de esta Guía de Práctica Clínica

Título de la guía	Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno recurrente depresivo en adultos
Organización desarrolladora	Ministerio de Salud Pública del Ecuador Dirección Nacional de Normatización - MSP Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones – MSP
Código CIE-10	Codificación F30-F39 de trastornos del humor (afectivos): episodio depresivo (F32) y trastorno depresivo recurrente (F33)
Categoría de la guía	Diagnóstico y tratamiento
Profesionales a quien va dirigida la Guía de Práctica Clínica	Esta guía está dirigida a profesionales involucrados en la atención de pacientes con depresión tales como: médicos/as generales, familiares, psiquiatras, geriatras, ginecólogos, psicólogos/as y enfermeras/os.
Otros usuarios potenciales	Quienes ejercen un nivel de responsabilidad en el planeamiento, gerencia y dirección de servicios de salud de todos los niveles de atención, salubristas, auditores médicos y profesionales de salud en formación.
Población blanco	Adultos (mayores de 18 años)
Intervenciones y acciones consideradas	Intervenciones generales, farmacológicas y psicológicas orientadas al diagnóstico, tratamiento, referencia y contrarreferencia.
Metodología	Esta guía fue elaborada mediante la metodología ADAPTE 2.0 ⁽¹⁾ a partir de las siguientes Guías de Práctica Clínica: - National Institute for Health &, Clinical Excellence. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2010. ⁽²⁾ - Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica. 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; 2014. ⁽³⁾ - Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Guía de Práctica Clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Guía No.22. Bogotá: Sistema General de Seguridad Social en Salud; 2013. ⁽⁴⁾ - Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. Santiago: Ministerio de Salud; 2013. ⁽⁵⁾ Los contenidos fueron actualizados a partir de la evidencia publicada en el periodo de 2010-2015, con énfasis en el uso de revisiones sistemáticas y ensayos clínicos controlados aleatorizados. El proceso de adaptación incluyó la revisión por pares de la guía para su adaptación al contexto nacional y reuniones de consenso y validación del manejo farmacológico.
Validación	Validación del protocolo de búsqueda y Guía de Práctica Clínica con las herramientas de la metodología ADAPTE 2.0. ⁽¹⁾ Método de validación de la Guía de Práctica Clínica: validación por pares clínicos y validación externa con Sistema Nacional de Salud y departamentos afines.
Fuente de financiamiento	Proyecto de Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones – MSP
Conflicto de interés	Todos los miembros involucrados en la adaptación de la Guía de Práctica Clínica han declarado no tener conflictos de interés en relación a todo el contenido de la misma.
Actualización	Se realizará a partir de la fecha de edición cada 3 años o según avances científicos en el tema.



2. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

F32: Episodio depresivo (tabla 1)

“En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.” ⁽⁶⁾

El episodio depresivo incluye episodios únicos de ⁽⁶⁾:

- Depresión psicógena
- Depresión reactiva
- Reacción depresiva

Y excluye, cuando se asocia con ⁽⁶⁾:

- Trastornos de la conducta en F91- (F92.0)
- Trastornos de adaptación (F43.2)
- Trastorno depresivo recurrente (F33.—)

Tabla 1. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 del episodio depresivo

Clasificación	Descripción	Incluye
F32.0: Episodio depresivo leve	Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.	
F32.1: Episodio depresivo moderado	Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.	
F32.2: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.	Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión: - agitada - profunda - vital
F32.3:	Episodio de depresión similar al	Episodios únicos de:



Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.	- depresión profunda con síntomas psicótico - depresión psicótica - psicosis depresiva psicógena - psicosis depresiva reactiva
---	--	---

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud (2008). ⁽⁶⁾

F33: Trastorno depresivo recurrente

"Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, como los descritos para el episodio depresivo (F32.-), sin ninguna historia de otros episodios distintos en los que hubiera habido elevación del ánimo y aumento de la energía (manía). Sin embargo, puede haber episodios breves de ligera elevación del ánimo y de hiperactividad (hipomanía), inmediatamente después de un episodio depresivo, los cuales a veces son desencadenados por el tratamiento antidepressivo. Las formas más graves del trastorno depresivo recurrente (F33.2 y F33.3) tienen mucho en común con conceptos más primarios, como los de depresión maniaco-depresiva, melancolía, depresión vital y depresión endógena. El primer episodio puede ocurrir a cualquier edad entre la niñez y la senectud. El comienzo puede ser tanto agudo como insidioso, y la duración del cuadro varía desde unas pocas semanas a varios meses. El riesgo de que un paciente con un trastorno depresivo recurrente sufra un episodio de manía no desaparece jamás totalmente, por muchos que hayan sido los episodios depresivos que haya experimentado. Si esto ocurre, debe modificarse el diagnóstico por el de trastorno afectivo bipolar (F31-)."

El trastorno depresivo recurrente incluye episodios recurrentes de ⁽⁶⁾:

- Depresión psicógena
- Depresión reactiva
- Reacción depresiva
- Trastorno depresivo estacional

Y excluye ⁽⁶⁾:

- Episodios recurrentes depresivos breves (F38.1)

Tabla 2. Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 del trastorno depresivo recurrente

Clasificación	Descripción	Incluye
F33.0: Trastorno depresivo recurrente, episodio leve presente	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual leve, como el descrito en F32.0, y sin antecedentes de manía.	
F33.1: Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual de gravedad moderada, como el descrito en F32.1, y sin antecedentes de manía.	

F33.2: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y sin síntomas psicóticos, como el descrito en F32.2, y sin antecedentes de manía.	Depresión endógena sin síntomas psicóticos Depresión profunda recurrente sin síntomas psicóticos Depresión vital recurrente sin síntomas psicóticos Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo sin síntomas psicóticos
F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	Trastorno caracterizado por episodios repetidos de depresión, episodio actual grave y con síntomas psicóticos, como el descrito en F32.3, y sin antecedentes de manía.	Depresión endógena con síntomas psicóticos Episodios recurrentes graves de: -depresión profunda con síntomas psicótico -depresión psicótica -psicosis depresiva psicógena -psicosis depresiva reactiva -Psicosis maníaco-depresiva de tipo depresivo con síntomas psicóticos
F33.4: Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión	El paciente ha sufrido dos o más episodios depresivos como los clasificados en F33.0–F33.3, pero no tiene síntomas depresivos desde hace varios meses	

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud (2008). ⁽⁶⁾

3. Preguntas que responde esta GPC

Diagnóstico y Clasificación

1. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión?
2. ¿Cómo se debe diagnosticar la depresión?
3. ¿Cómo se puede conocer que un paciente deprimido tiene riesgo suicida?
4. ¿Qué hacer ante un paciente, deprimido, con riesgo suicida?
5. ¿Con qué enfermedades se puede confundir una depresión?

Manejo

6. ¿Qué intervenciones médicas, farmacológicas y psicosociales se recomiendan para el tratamiento de personas diagnosticadas con depresión leve?



7. ¿Qué intervenciones médicas, farmacológicas y psicosociales se recomiendan para el tratamiento de personas diagnosticadas con depresión moderada y grave?
8. ¿Qué intervenciones médicas, farmacológicas y psicosociales se recomiendan para el tratamiento de personas diagnosticadas con depresión resistente?
9. ¿Qué importancia presentan el tratamiento psicosocial y el farmacológico para el paciente deprimido?
10. ¿Cuál es el pronóstico de un paciente con depresión?
11. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrarreferencia en el trastorno depresivo?

4. Introducción

Aclaración: en el presente documento se utilizará el término depresión para hacer referencia al episodio depresivo como trastorno mental.

La depresión es un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos como: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico. ^(3,4)

A diferencia de las variaciones habituales que suscita el estado de ánimo o las respuestas emocionales de tristeza que experimentan las personas ante diversas experiencias de la vida cotidiana (por ejemplo, la pérdida de un trabajo, problemas familiares o de pareja, la muerte de un ser querido, etc.), la depresión se configura como un trastorno cuando estos sentimientos se extienden en el tiempo (como mínimo dos semanas o más), volviéndose crónicos o recurrentes e interfiriendo con la habilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. ^(3,7,8)

De acuerdo al número, frecuencia y severidad de los síntomas, la depresión puede clasificarse como leve, moderada o grave. En la medida de su severidad, la persona encontrará mayores dificultades para continuar con sus actividades sociales, laborales o domésticas. ⁽⁸⁾

La depresión presenta una prevalencia puntual distintivamente mayor en mujeres que en hombres (en todos los grupos etarios). ^(9,10) Esta diferencia es atribuible a los efectos conjuntos de vulnerabilidades biológicas y experiencias ambientales. ⁽¹¹⁾

La depresión es considerada hoy como un importante problema de salud pública, en consideración de su prevalencia, afectación de la calidad de vida del paciente, la marcada discapacidad que produce, su repercusión sobre la estructura familiar y social y el incremento en el uso de los servicios de salud. ^(3,10)

5. Justificación

De acuerdo a lo que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en términos de carga y prevalencia, la depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales. Entre el 10 y 15 % de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40 % de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio. ⁽¹²⁾

La depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo, de los cuales, más de la mitad (y más del 90 % en algunos países) no recibe tratamiento; entre los obstáculos a una atención eficaz para este trastorno se sitúan la falta de recursos y de personal sanitario capacitado, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. ⁽¹³⁾

Además, debido a su inicio temprano, su impacto funcional, y su tendencia a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y representa, por sí sola, el 4,3 % de la carga global de enfermedad. ⁽¹⁴⁾ A lo largo de los años, la Organización Mundial de la Salud ha insistido en situar una tendencia creciente del trastorno, proyectándola hacia el 2030 como la segunda causa de carga de enfermedad a escala mundial. ^(15,16)

Así también, existe una clara relación entre el suicidio y la depresión, siendo esta patología uno de los principales factores de riesgo para la conducta suicida y para todas las causas de mortalidad. ^(4,17,18)

Según el Instituto de Evaluación en Medidas en Salud, conocido con sus siglas en inglés como IHME, ⁽¹⁹⁾ en el Ecuador la depresión es la segunda causa de años vividos con discapacidad, la misma que ha presentado un incremento de 11 % en 20 años (1993-2013). Con estos antecedentes, es necesario contar con una Guía de Práctica Clínica para el abordaje del paciente con depresión la cual facilite la toma de decisiones de manera integral.

6. Objetivo general

Brindar a los profesionales de la salud recomendaciones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible para la prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento, referencia y contrarreferencia de personas adultas con depresión, bajo los principios de equidad, integralidad, inclusión, interculturalidad, participación social, intersectorialidad y derechos.

7. Objetivos específicos

- 1) Estandarizar acciones que faciliten la detección temprana de síntomas de depresión para establecer un diagnóstico apropiado y oportuno.
- 2) Describir las intervenciones médicas, farmacológicas y psicosociales más apropiadas para el tratamiento de personas adultas con diagnóstico de depresión.
- 3) Desarrollar intervenciones y buenas prácticas que se enmarquen en el Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 para el tratamiento de personas adultas con diagnóstico de depresión.
- 4) Promover la implementación de acciones integrales, con participación de la comunidad, para favorecer la recuperación y reinserción social, con la consecuente mejora en la calidad de vida del paciente y disminución en los costos institucionales.

8. Alcance

El alcance del presente documento es para todo el Sistema Nacional de Salud y todos los niveles de atención.



9. Glosario de términos académico-científicos

Antidepresivos duales: aquellos antidepresivos cuyo mecanismo de acción inhibe la recaptación de serotonina y norepinefrina. (20)

Inventario de Depresión de Beck: es una escala de autoevaluación autoaplicada que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. (3)

Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinflingida, en la que hay evidencia de que: a) la persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad, b) la persona presenta algún grado, determinado o no, de intencionalidad suicida. (3)

Consejo u orientación: conocida por el término anglosajón *counselling*, es una terapia psicológica que ofrece información e intercambio de experiencias y se apoya en cuatro pilares: 1) habilidades de comunicación asertiva, 2) soporte emocional, 3) modelo de solución de problemas y 4) autocontrol. (3)

Depresión: trastorno del humor constituido por un conjunto de síntomas, entre los que predominan los de tipo afectivo (tristeza patológica, desesperanza, apatía, anhedonia, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar) y se pueden presentar también síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos. Podría hablarse, por tanto, de una afectación global del funcionamiento personal, con especial énfasis en la esfera afectiva. (6)

Escala de Calificación para Depresión de Hamilton: escala heteroaplicada diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión. Es una de las más empleadas para monitorizar la evolución de los síntomas en la práctica clínica y en la investigación. (3)

Ideación suicida: pensamientos (cogniciones) sobre el suicidio. (3)

Psicoeducación: programas en formato individual o grupal que establecen una interacción explícita y educativa entre el profesional, el paciente y sus cuidadores. (3)

Recaída: empeoramiento de un episodio aparentemente controlado, hasta alcanzar de nuevo criterios de nivel diagnóstico, que ocurre durante la remisión y antes de la recuperación. (3)

Recuperación: duración del período de remisión que se requiere para determinar que existe una recuperación del episodio depresivo. Según los criterios DSM-IV, este período sería de dos meses. (3)

Recurrencia: desarrollo de un trastorno depresivo en una persona que previamente ha padecido depresión. Habitualmente se considera que el nuevo episodio depresivo ocurre después de seis meses. (3)

Remisión: requiere que el paciente esté asintomático, que no sufra más allá de los síntomas residuales mínimos y que tenga una restauración total de sus funciones previamente afectadas. (3)

Respuesta (al tratamiento): ausencia de síntomas o disminución significativa de la sintomatología de depresión durante al menos dos semanas. También se considera

respuesta aquella mejoría al menos del 50% respecto a los valores iniciales en la escala de medición de la depresión. ⁽³⁾

Síndrome de discontinuación: término dado a un conjunto de signos y síntomas físicos y psicológicos producto del retiro de antidepresivos, caracterizado por un inicio, duración y declinación predecibles que el paciente no presentaba previamente. (21)

Terapia cognitivo conductual: enfoque de la psicología clínica que se fundamenta en la psicología del aprendizaje para la explicación de los trastornos psicológicos y el desarrollo de estrategias dirigidas al cambio terapéutico, basada en el estudio experimental de los principios y leyes del aprendizaje. ⁽³⁾

Terapia de solución de problemas: intervención psicológica dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para solucionar los problemas que se centra en el afrontamiento de áreas problemáticas específicas. Para ello el terapeuta y el paciente trabajan de forma conjunta en la identificación, priorización y manejo de dichas áreas. ⁽³⁾

Terapia interpersonal: aborda las relaciones interpersonales e interviene en el contexto social inmediato del paciente. Asume que los problemas interpersonales pueden activar o exacerbar una depresión, por lo que se centra en ellos con la finalidad de favorecer cambios adaptativos y que de esta manera se produzca una mejoría de la sintomatología depresiva. ⁽³⁾

Terapia psicodinámica breve: deriva del psicoanálisis y se basa en la teoría freudiana del funcionamiento psicológico de que la naturaleza de los conflictos puede ser en gran medida inconsciente, por lo que el objetivo terapéutico es resolver estos conflictos. ⁽³⁾

10. Historia natural de la enfermedad y pronóstico

La depresión es un trastorno de etiología multifactorial. No se conoce la causa de la depresión, pero se piensa que factores genéticos, vivenciales (incluyendo los relacionados al desarrollo temprano), cognitivos, de personalidad, medioambientales o adversidades psico-sociales podrían intervenir en su generación (tablas 3 y 4). ⁽²²⁾

Tabla 3. Factores de riesgos personales, familiares y sociales para depresión

Personales	Familiares y Sociales
Edad	Separación conyugal, viudez
Estado civil	Dificultad económica familiar
Enfermedades crónicas	Fallecimiento de seres queridos
Consumo de tabaco	Violencia intrafamiliar
Embarazo	Desempleo
Menopausia	Educación
Trastornos de ansiedad	Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas
Estrés crónico	Experiencias de discriminación
Eventos traumáticos o eventos vitales estresantes	Ambiente y tensión laboral
Rasgos neuróticos de personalidad	Inseguridad laboral
Obesidad mórbida con IMC >40	Acoso laboral

Fuente: Campos S (2013). ⁽²²⁾



Tabla 4. Factores de riesgo cognitivos y genéticos para depresión

Cognitivos	Genéticos
Esquemas negativos de pensamientos	Familiares de 1er grado de consanguinidad con trastorno depresivo mayor.
Pensamientos automáticos	Antecedentes familiares de depresión.
Distorsiones cognitivas	Polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina.
Creencias disfuncionales	
Reactividad cognitiva negativa	
Estilos rumiativos de respuestas	

Fuente: Campos S (2013).⁽²²⁾

La depresión suele presentar un cuadro clínico heterogéneo, que se manifiesta por la presencia de síntomas afectivos (esfera de los sentimientos o emociones): tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque, en mayor o menor grado, siempre están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.⁽³⁾

La depresión es susceptible de valoración y ordenamiento a partir de criterios diagnósticos racionales y operativos. Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas por lo tanto es fundamental diferenciarla de trastornos endocrinos, metabólicos, infecciosos, neurológicos, neoplásicos, entre otros.⁽³⁾

Desde una perspectiva de análisis etario, el pico de edad de inicio de la depresión es la cuarta década de vida. Sin embargo, los primeros episodios pueden ocurrir a cualquier edad, desde la niñez hasta la senectud.⁽¹⁰⁾ En personas de edad avanzada puede tener una presentación de tipo somática, mientras que en personas más jóvenes son más frecuentes los sentimientos de culpa y pérdida de la función sexual.⁽²³⁾

La depresión suele asociarse con otros trastornos mentales. Es así que, en términos de comorbilidad, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones.^(22,24) Es un fuerte factor de riesgo para todas las causas de mortalidad, sobre todo en enfermedades crónicas y terminales; la mortalidad adicional es debida al suicidio.⁽¹⁰⁾ Es el trastorno mental que de forma más común se asocia con la conducta suicida, suponiendo un riesgo de suicidio 20 veces mayor respecto a la población general. También puede presentarse la depresión con el consumo de alcohol y otras drogas, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.⁽²⁵⁾

En el curso de la depresión la mayoría de episodios depresivos remite completamente en un período de 3 a 5 meses, ya sea espontáneamente (particularmente para los casos leves) o con tratamiento.⁽¹⁰⁾ Esta enfermedad está asociada con un pronóstico poco favorable, sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas.⁽²⁶⁾

11. Aspectos metodológicos

La presente guía está sustentada con las mejores prácticas clínicas y recomendaciones disponibles para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas adultas con diagnóstico de episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente.

El equipo de trabajo que adaptó la guía junto al grupo revisor comprende un equipo multidisciplinario del Proyecto de Salud Mental con el acompañamiento técnico de la Dirección Nacional de Normatización del Ministerio de Salud Pública.

La metodología de esta guía se elaboró a través de la herramienta internacional ADAPTE, ⁽¹⁾ la cual contiene los lineamientos técnicos para la correcta adaptación de Guías de Práctica Clínica. Se utilizaron 14 ítems de la mencionada herramienta internacional que facilitaron el proceso de adaptación de la Guía de Práctica Clínica. El tema de la guía a desarrollarse se seleccionó mediante la calificación de los criterios del Baremo (se obtuvo una prioridad media). ⁽²⁷⁾

Se desarrollaron preguntas generales y preguntas clínicas, estas últimas elaboradas con el formato PICO (paciente, intervención, comparación y resultado). ⁽²⁸⁾ Estas preguntas generales y clínicas se realizaron para guiar la búsqueda de información científica y facilitar la formulación de las recomendaciones por el equipo de trabajo dirigidas al diagnóstico y tratamiento de la depresión en adultos. Las preguntas PICO fueron estructuradas y revaloradas por el equipo de trabajo que adaptó la guía.

El equipo de trabajo estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica, a partir de las preguntas formuladas en las siguientes bases de datos seleccionadas: *Fisterra, Guidelines International Networks, National Guideline Clearinghouse, National Institute for Health and Care Excellence, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines* y *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*. También realizó un proceso específico de búsqueda en *Medline-Pubmed, Tripdatabase, Cochrane Library*.

El equipo de trabajo que adaptó la guía seleccionó como material de partida Guías de Práctica Clínica con los siguientes criterios:

- 1) En idioma español o inglés.
- 2) Metodología de medicina basada en evidencia.
- 3) Consistencia y claridad en las recomendaciones.
- 4) Publicación y actualización reciente. (2010-2015)

Se encontraron 731 documentos obtenidos a través de búsquedas en bases de datos y de otros recursos como sitios y documentos de soporte para el proceso de adaptación, de los cuales se excluyeron 724 documentos de acuerdo a los criterios mencionados. Finalmente, 7 Guías de depresión en adultos fueron seleccionadas para ser calificadas con el instrumento AGREE II de calificación metodológica, y que representan la base para la construcción de la presente guía (ver anexo 1). Se seleccionaron 4 Guías de Práctica Clínica para la presente adaptación:

- National Institute for Health & Clinical Excellence. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2010. ⁽²⁾
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guías de P. Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) 2013/06; 2014. ⁽³⁾

- Ministerio de Salud y Protección Social. República de Colombia. Guía de Práctica Clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Guía No.22. Bogotá: Sistema General de Seguridad Social en Salud; 2013. ⁽⁴⁾
- Gobierno de Chile. Guía Clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 años y más. Santiago: Ministerio de Salud; 2013. ⁽⁵⁾

12. Evidencias y grados de recomendación

En este documento, el lector encontrará al margen derecho de las páginas, la calidad de la evidencia y, al lado izquierdo, la fuerza de las diferentes recomendaciones presentadas. Las recomendaciones se encuentran sustentadas por evidencia calificada. En esta guía se presentan las evidencias de un tema en particular con su respectivo nivel como anexos, y las recomendaciones que se sustentan en las evidencias presentadas. En ocasiones solo se presentan recomendaciones producto de la adaptación de las guías escogidas. Para la mayoría de casos se usó la escala de Shekelle (tabla 5).

Tabla 5. Escala de Shekelle modificada

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de estudios clínicos aleatorios.	A. Directamente basada en evidencia de categoría I.
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio.	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatorizar.	B. Directamente basada en evidencia de categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I.
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasi experimental o estudios de cohorte.	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos, revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia de categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias de categoría I o II.
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia, o ambas.	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III.

Se describen las categorías de la evidencia según la escala y su correspondiente fuerza o grado de recomendación. Adaptado de: Shekelle P, Woolf S, Eccles M & Grimshaw (1999). ⁽²⁹⁾ Elaboración propia.

Para el resto de evidencias y recomendaciones que no se pudieron adaptar a la escala de Shekelle, se mantuvo el sistema GRADE de la guía original (tabla 6, 7 y 8). ⁽⁴⁾

Tabla 6. Clasificación del nivel de evidencia según el sistema GRADE.

Tipo de estudio	Nivel de calidad a priori	Calidad disminuye si:	Calidad aumenta si:	Nivel de calidad a posteriori
Estudios aleatorizados	Alta	Riesgo de sesgo Inconsistencia	Efecto (grande o muy grande) Dosis-respuesta	Alta Moderada
Estudios observacionales	Baja	No evidencia directa Imprecisión Sesgo de publicación	Todos los factores de confusión (reducen el efecto observado o sugieren efecto falso si no hay efecto observado)	Baja Muy baja

Se describe la calidad de la evidencia de este sistema de la evidencia según el sistema GRADE. Los niveles de evidencia a posteriori indican alta confianza en la coincidencia entre el efecto real y el estimado (Alta), moderada confianza, confianza limitada (Baja) y poca confianza en el estimado (Muy Baja). Modificado de: Aguayo-Albasini (2013) (30)

Tabla 7. Interpretación de la evidencia según el sistema GRADE

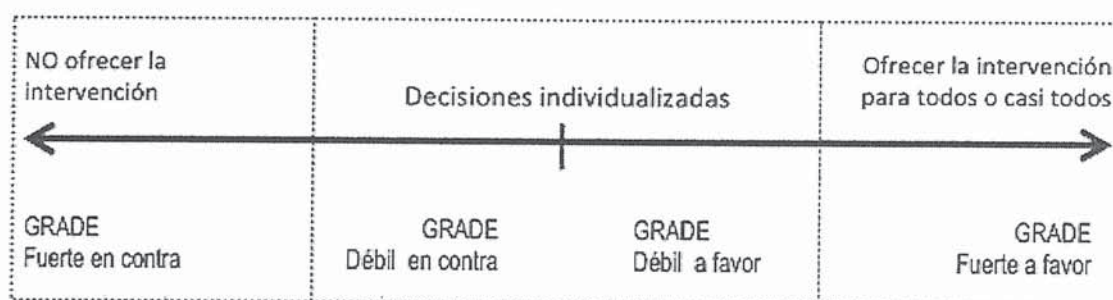
Calidad alta	Confianza alta en que la estimación del efecto a partir de la literatura disponible se encuentra muy cercana al efecto real.
Calidad moderada	Es probable que la estimación del efecto se encuentre cercana al efecto real, aunque podrían existir diferencias sustanciales.
Calidad baja	La estimación del efecto puede ser sustancialmente diferente al efecto real.
Calidad muy baja	Es muy probable que la estimación del efecto sea sustancialmente diferente al efecto real.

Fuente: BMJ, 2004. (31)

En general, las recomendaciones fuertes en el sistema GRADE son aquellas que pueden ser seguidas en la mayoría de pacientes o incluso, en todos: “Una conversación detallada con el paciente o una revisión cuidadosa de la evidencia que fundamenta la recomendación pudiera no ser necesaria”. (32) Por su parte, las recomendaciones débiles, si bien pueden aplicarse a un gran número de pacientes, la decisión debería ser individualizada, “idealmente mediante un enfoque de decisiones compartidas”. (32) A continuación (figura 1) se presenta un resumen de lo mencionado:



Figura 1. Recomendaciones en el sistema GRADE



Se describen las acciones que usualmente se toman en base a las recomendaciones fuertes y débiles del sistema GRADE. Tomado de: Neumann I, Pantoja T, Peñaloza B, Cifuentes L & Rada, Gabriel (2014).⁽³²⁾

La evidencia calificada con el sistema GRADE no se presenta, pues el sistema de calificación reside en la guía original.

Esta guía presenta las evidencias del siguiente modo:

Evidencias	Nivel
Evidencia calificada con el sistema Shekelle (entre paréntesis las fuentes con el sistema de referencia <i>Vancouver</i>)	I, II, III, IV

Y las recomendaciones de la siguiente manera:

Fuerza de la recomendación	Recomendaciones
A, B, C, D (Shekelle) ó fuerte, débil (GRADE)	Descripción de la recomendación (fuentes con el sistema de referencia <i>Vancouver</i>)
Puntos de buena práctica	
✓	Descripción del punto de buena práctica

El símbolo ✓ representa un punto de buena práctica clínica sobre el cual el equipo de trabajo y el grupo de validación externa acuerdan. Por lo general son aspectos prácticos sobre los que se quiere hacer énfasis y para los cuales probablemente no existe suficiente evidencia científica que los sustente. Estos aspectos de buena práctica clínica no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

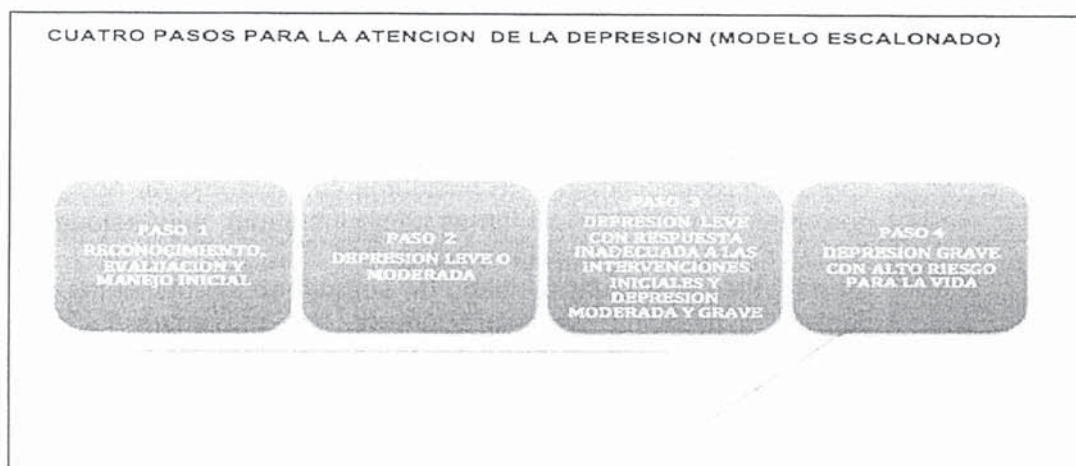
13. Evidencias y recomendaciones

13.1 Modelo escalonado para la atención de la depresión

En el tratamiento de la depresión, se considera la implementación de un modelo de atención escalonado, el mismo que busca potenciar la eficiencia en la atención mediante “la proporción de las intervenciones menos intensivas de acuerdo al estado y evolución del paciente”.⁽³⁾ De esta manera, las recomendaciones, de acuerdo a la intensidad o complejidad del caso, se estratifican, de modo que el primer escalón propuesto es la intervención menos intensiva en atención primaria, y en aquellos casos en los que no se consigue la respuesta adecuada tras intensificar la intervención, el nivel asistencial más apropiado sería el especializado.⁽³⁾ En el modelo escalonado, las intervenciones más efectivas y menos intrusivas son administradas inicialmente; si la persona no se beneficia de la intervención ofrecida inicialmente, o la declina, se le ofrece una opción de intervención del siguiente nivel.⁽²⁾

La aplicación de un enfoque escalonado de atención ha demostrado ser uno de los mejores modelos de prestación de servicios, ya que promueve la intervención multidisciplinar, la adecuada coordinación entre atención primaria y especializada, el uso eficiente de recursos y puede garantizar el acceso a tratamientos costo-efectivos, así como mayor satisfacción por parte del paciente.^(3,33,34)

Figura 2. Modelo escalonado para la atención de la depresión



Fuente: NICE (2010).⁽²⁾

13.2 Paso 1: Reconocimiento, evaluación y manejo inicial

13.2.1 Consideraciones generales para la sospecha, tamizaje y diagnóstico de depresión

Aunque en adultos sanos no se realiza tamizaje de rutina para detectar depresión, la sospecha de un episodio depresivo debe ser alta en pacientes que presenten mayor riesgo como por ejemplo “síntomas físicos inexplicables, dolor crónico, fatigabilidad, insomnio, ansiedad y uso de sustancias”.⁽⁴⁾ Para diagnosticar depresión, se deben aplicar los criterios diagnósticos (tabla 8).

Fuerza	Recomendaciones generales para la sospecha y tamizaje de depresión
Fuerte a favor	Quando evalúe cualquier paciente mayor de 18 años en consulta clínica debe considerar que quienes tienen mayor riesgo de presentar un episodio depresivo son ^(4,35-55): - Personas con historia previa de episodio depresivo. - Historia familiar de depresión. - Personas con problemas psicosociales: desempleo, separación conyugal, eventos vitales estresantes, violencia (maltrato), etc. - Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. - Personas que consultan a menudo al sistema de salud. - Personas con enfermedades médicas crónicas; especialmente, cuando hay compromiso de funcionalidad (problemas cardiovasculares, diabetes, dolor crónico, trastorno neurológico) - Historia de intentos de suicidio. - Sedentarismo.
B	No se recomienda el tamizaje rutinario de depresión en la población general, ya que existen dudas razonables sobre su efectividad. ^(3,56-59)
B	Se debe realizar tamizaje de depresión en personas con consumo de alcohol y otras drogas. ^(5,38,60,61)
C	El tamizaje de depresión se deberá realizar a personas que presenten condiciones de riesgo como: violencia intrafamiliar (VIF), enfermedades crónicas, antecedentes previos o de familiares directos con depresión, abuso o maltrato físico y sexual, etc. ^(5,41,61-67)
B	Se recomienda que los clínicos estén alerta ante la posibilidad de depresión, especialmente en pacientes con factores de riesgo, y que además presenten síntomas como insomnio, bajo estado de ánimo, anhedonia e ideación suicida. ^(2,3,56,58)
B	Se recomienda evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mediante la valoración de los siguientes factores ^(3,24,68,69) .
B	- 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.
D	El profesional de la salud debe evaluar el riesgo suicida a todo paciente adulto con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. En caso de sospecha de intento de suicidio o si existe un riesgo de suicidio debe referir al paciente para atención psiquiátrica inmediata. ^(4,70)

Tabla 8. Criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 para el diagnóstico de depresión

A	Criterios generales para episodio depresivo
El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.	
El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a ningún trastorno mental orgánico.	
No ha habido síntomas hipomaniacos o maniacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaniaco o maniaco (F30) en ningún periodo de la vida del individuo.	
B	Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas
Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas.	
Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.	
Falta de vitalidad, disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad.	
C	Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4
Pérdida de confianza y de la estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad.	
Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.	
Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, o cualquier conducta suicida.	
Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.	
Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.	
Cualquier tipo de alteración del sueño.	
Cambios en el apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso.	
Para el diagnóstico deben cumplirse los criterios generales, al menos dos de los criterios B y al menos uno de los criterios C. Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2008). ⁽⁶⁾ Elaboración propia.	

“Los episodios depresivos se convierten en **trastorno depresivo recurrente** cuando, además del episodio actual, ha habido por lo menos un episodio depresivo leve, moderado o grave separado del nuevo al menos por dos meses libres de cualquier otra alteración significativa del ánimo y no presenta síntomas que cumplan con los criterios de episodio maniaco o hipomaniaco en cualquier período de la vida.” ^(4,6)

Una vez hecho el diagnóstico, se debe proceder a evaluar la gravedad del mismo (Tabla 9).

Tabla 9. Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

Episodio depresivo leve
Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y uno o más de los síntomas del criterio C para que la suma total de síntomas sea al menos 4 (tabla 8). La persona con un episodio leve, probablemente, está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
Episodio depresivo moderado
Están presentes los criterios generales, al menos dos síntomas del criterio B y síntomas adicionales del criterio C, hasta sumar un mínimo de seis síntomas en total. La persona con un episodio moderado, probablemente, tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
Episodio depresivo grave (sin síntomas psicóticos)
Deben estar presentes los criterios generales, los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas en total. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; en especial, la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son comunes las ideas y las acciones suicidas, y se

presentan síntomas somáticos importantes. El episodio grave sin síntomas psicóticos incluye a episodios aislados de depresión mayor y depresión vital, pero excluye alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

Episodio depresivo grave (con síntomas psicóticos)

Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. Los criterios son dos: i) ideas delirantes o alucinaciones, diferentes a las descritas como típicas de la esquizofrenia (es decir, ideas delirantes que no sean completamente inverosímiles o culturalmente inapropiadas, y alucinaciones que no sean voces en tercera persona o comentando la propia actividad). Los ejemplos más comunes son las de un contenido depresivo, de culpa, hipocondríaco, nihilístico, autorreferencial o persecutorio; ii) estupor depresivo. Si cumple cualquiera de los dos criterios más los criterios de episodio depresivo grave se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos pueden incluir a episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos, psicosis depresiva psicógena, depresión psicótica y psicosis depresiva reactiva.

Modificado de: República de Colombia (2013) y Organización Panamericana de la Salud (2008).^(4,6)

Los episodios depresivos también pueden acompañarse por un síndrome somático, el cual se caracteriza por⁽⁶⁾:

- Pérdida de interés o capacidad para disfrutar de actividades importantes que normalmente eran placenteras.
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos o actividades que normalmente producen una respuesta emocional.
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual.
- Empeoramiento matutino del humor depresivo.
- Presencia objetiva de enlentecimiento psicomotor o agitación (observada o referida por terceras personas).
- Pérdida marcada de apetito.
- Pérdida de peso (5% o más del peso corporal del último mes).
- Notable disminución de la libido

13.2.2 Recomendaciones para el diagnóstico de depresión

Fuerza	Recomendaciones para el diagnóstico de depresión
D	Para la confirmación del diagnóstico de depresión se sugiere usar los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma edición (CIE-10). ⁽⁴⁾
D	Las escalas aportan una información complementaria en la evaluación, pero no pueden sustituir a la entrevista clínica. ⁽³⁾
A	El proceso de diagnóstico de la depresión deberá descartar trastorno bipolar a la base de la sintomatología depresiva. ⁽³⁾
A	Independientemente de la gravedad del episodio depresivo, para determinar la gravedad del cuadro, se recomienda considerar la recurrencia, comorbilidades, factores psicosociales del paciente y discapacidad asociada a la depresión. ⁽⁵⁾
A	El proceso de diagnóstico de la depresión deberá considerar la presencia de comorbilidad física y mental, así como estudiar causas médicas generales y/o asociadas a sustancias u otros medicamentos. ^(5,54,55,61,71-87)
D	En el diagnóstico de la depresión se debe realizar una anamnesis detallada, examen físico, examen psicológico de salud y pruebas de laboratorio, con el fin de apoyar el diagnóstico diferencial y considerar

D	otras comorbilidades médicas en el plan de tratamiento integral del paciente. ⁽⁵⁾
	Se sugiere solicitar biometría hemática, glicemia basal, T4, TSH y otros exámenes según criterio médico, a todo paciente con sospecha de depresión, para descartar otros trastornos o enfermedades que puedan presentar síntomas depresivos. ^(5,88,89)
	Los exámenes paraclínicos dependerán de las comorbilidades y tipos de tratamiento establecidos. No existen exámenes paraclínicos específicos para diagnosticar depresión. ⁽⁴⁾
A	En adultos mayores el diagnóstico de la depresión deberá incorporar el estudio de deterioro cognitivo, así como otras comorbilidades frecuentes en este grupo etario. ⁽⁵⁾

13.2.3 Diagnóstico diferencial de depresión

Tabla 10. Diagnóstico diferencial de signos y síntomas que sugieren depresión

Patologías médicas	Trastornos mentales	Medicamentos	Consumo de drogas
Endocrino/metabólicas: Patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, Porfiria	Trastorno de angustia Trastorno obsesivo compulsivo Trastorno bipolar	Anticonvulsivantes Neurolépticos Estimulantes Anticonceptivos orales	Cocaína Pasta base de cocaína Anfetaminas Marihuana
Infecciosas: Tuberculosis, infección por virus del Epstein-barr, Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), sífilis terciaria	Distimia Trastornos adaptativos	Glucocorticoides sistémicos	
Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.	Síntomas negativos de la esquizofrenia Consumo de tóxicos		
Neoplasias: carcinomatosis, cáncer de páncreas.			
Otros: dolor crónico.			

Fuente: Gobierno de Chile (2013). ⁽⁵⁾

13.2.4 Evaluación y manejo inicial de pacientes con depresión

Acciones para la evaluación general del o la paciente con depresión ⁽³⁾

Tomar en cuenta la heterogeneidad de su presentación y la percepción que el paciente tiene sobre sus síntomas y el trastorno.

Considerar los aspectos que más afectan en el día a día de los pacientes con

depresión y generan mayor impacto funcional.

Explorar los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como el género, la familia, la red social o el estigma percibido.

Considerar el significado e 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.

Favorecer la comunicación de los sentimientos y emociones en un ambiente empático y basado en el respeto.

Aportar toda la información necesaria sobre el trastorno y las opciones de tratamiento al o la paciente, promoviendo explicaciones que reduzcan los sentimientos de culpa y estigma.

Fomentar el papel activo del paciente, familiares y allegados (siempre con el consentimiento del o la paciente), en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el desarrollo del plan de cuidados.

Cuando se prescriba tratamiento farmacológico se explorará la percepción del paciente y se favorecerá una actitud positiva del mismo. Además, se realizará una adecuada monitorización de los efectos secundarios y de la evolución tanto de los síntomas como de la capacidad funcional. Tras haber obtenido la autorización del paciente, se aclararán las dudas de los familiares para poder contar con su apoyo al tratamiento.

Ofrecer apoyo al paciente y a su familia para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Se informará sobre la existencia de asociaciones para pacientes que puedan ser de ayuda y los recursos con los que pueda contar.

13.2.5 Consideraciones generales para la psicoterapia

Fuerza	Recomendaciones generales para la psicoterapia
D	Se debe contemplar la duración de cada sesión de psicoterapia entre 30 y 45 minutos, según la técnica empleada. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	La psicoterapia está indicada para el tratamiento de adultos con episodios depresivos (únicos o recurrentes) moderados y graves. ⁽⁴⁾
A	La terapia cognitivo conductual, terapia interpersonal, terapia sistémica familiar y terapia de activación conductual se recomiendan para el tratamiento de la depresión de adultos. ⁽⁵⁾ Adicionalmente, las intervenciones psicoterapéuticas están indicadas cuando ⁽⁴⁾ :
D	- Existe contraindicación de manejo farmacológico (embarazo, lactancia, enfermedad médica compleja con polifarmacia, presencia de interacciones con otros medicamentos, polifarmacia en general como en pacientes adultos mayores) - Hay antecedente de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos (o antecedente de mala respuesta a la monoterapia con antidepresivos). - Existen alteraciones en el contexto psicosocial o crisis como desencadenante (duelo, divorcio reciente, disfunción familiar o de pareja, pérdida laboral, etc.). - Hay síntomas cognitivos predominantes en el cuadro (predominan las ideas de corte depresivo y los pensamientos negativos).
D	Todas las intervenciones terapéuticas para pacientes con depresión, deben ser provistas por profesionales competentes o

Fuerte a favor	entrenados (psiquiatras, médicos, psicólogos clínicos, enfermeras entrenadas en salud mental) en el modelo terapéutico usado (basado en lineamientos actualizados). Los terapeutas deben recibir supervisión regularmente y evaluar los resultados de la intervención de manera periódica. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	La psicoterapia de primera línea es la terapia cognitivo conductual (TCC). ⁽⁴⁾
Débil a favor	La psicoterapia de segunda línea es la terapia interpersonal individual (TIP). ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	La tercera línea incluye la terapia psicodinámica breve o la terapia grupal. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	Para todas las personas que reciban terapia cognitivo conductual individual, la duración debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. También se puede considerar proveer 2 sesiones por semana durante las primeras 2 o 3 semanas en personas con depresión moderada a grave, y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	Para las personas que reciban terapia interpersonal individual (TIP) la duración del tratamiento debe ser entre 16-20 sesiones en 3 - 4 meses. Para aquellas con depresión moderada a grave se puede considerar proveer 2 sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas, y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión. ⁽⁴⁾
Débil a favor	La terapia cognitivo-conductual grupal (TCCG) debe consistir en 10-12 sesiones de 8-10 participantes por 12-16 semanas, incluido el seguimiento. ⁽⁴⁾
D	En pacientes con problemas de pareja o familia que perpetúen los síntomas depresivos se sugiere psicoterapia de pareja o familia. ⁽⁴⁾
✓	No se descarta el uso de otras psicoterapias aparte de las mencionadas previamente, siempre que se registre en la Historia Clínica el motivo del uso de tal o cual psicoterapia para un paciente determinado.

Nota: ver anexo 2 y 3 para evidencias sobre la psicoterapia en depresión y los tipos de psicoterapia que se pueden usar en los trastornos depresivos.

13.3 Paso 2: Depresión leve

13.3.1 Recomendaciones para el manejo de depresión leve

Fuerza	Recomendaciones para el manejo de depresión leve
B	Se recomienda que el manejo de la depresión en el adulto se realice siguiendo un modelo de atención escalonada, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente. ^(2,3,34,90,91)
D	El tratamiento de la depresión en el adulto debe ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional (incluyendo aspectos como la actividad física y una nutrición adecuada). ^(3,4)

D	El manejo de la depresión debe incluir psicoeducación, consejería, la intervención psicosocial grupal, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención de las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico. ⁽³⁾
D	Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integral. ⁽⁵⁾
A	El plan de tratamiento de la depresión se realizará considerando la severidad del cuadro, la refractariedad, comorbilidades, persistencia, género y etapa de ciclo vital. ^(5,92-97)
A	Todo plan de tratamiento debe incluir especificaciones respecto de las metas del tratamiento y sus plazos. ^(5,92)
A	Se recomienda indicar un programa estructurado de actividad física para el tratamiento de personas con depresión. ^(5,98-103)
D	En el manejo de pacientes adultos con depresión leve se recomienda aplicar las siguientes estrategias ⁽⁴⁾ : - Explorar y hablar con el paciente de los eventos estresantes recientes⁽³³⁾ - Programar citas de seguimiento hasta cada 15 días por 3 meses consecutivos⁽³³⁾ - Recomendar ejercicio entre 30 y 45 minutos 3 veces por semana durante 10 a 14 semanas^(58,99,103-114) - Recomendar mantener una rutina cotidiana y hábitos de vida saludables⁽³³⁾ - Promover higiene del sueño⁽³³⁾
Fuerte en contra	Los antidepresivos no deben usarse de manera rutinaria para tratar los síntomas depresivos leves debido a que el riesgo-beneficio no lo amerita. Las únicas excepciones, donde el manejo debe ser por el especialista e individualizado, son: antecedente de depresión moderada o grave, o pacientes con síntomas que persisten a pesar de otras intervenciones. ^(4,58,115-117)
Fuerte en contra	No se recomienda prescribir inductores del sueño de rutina por riesgo de abuso y dependencia. ^(4,118-120)
Fuerte a favor	Si durante las citas de seguimiento el paciente adulto con diagnóstico de depresión leve no ha presentado mejoría o empeoran los síntomas, se le debe referir a una consulta especializada de salud mental y/o psiquiatría. ^(2,4,33)

13.3.2 Psicoterapia en la depresión leve

Fuerza	Recomendaciones para la psicoterapia en la depresión leve
Fuerte a favor	Para pacientes adultos con depresión leve se deben realizar intervenciones psico-terapéuticas de menor intensidad (psicoeducación) como primera opción. ^(4,58,59,121-126)
B	En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas), de 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas. ^(2,3,127-129)

Débil a favor

La terapia psicodinámica de corto plazo se considera para todas las personas con depresión leve a moderada, con una duración entre 16-20 sesiones en 4-6 meses. ^(2,4,125,130-133)

13.4 Paso 3: Depresión moderada y grave**13.4.1** Recomendaciones para el manejo de depresión moderada y grave

Fuerza	Recomendaciones para el manejo de depresión moderada y grave
D Fuerte a favor	En los pacientes con depresión grave se debe iniciar primero el manejo antidepresivo y cuando se observe respuesta iniciar la intervención en crisis* con apoyo del psicólogo. ⁽⁴⁾ Para pacientes adultos con depresión moderada o grave se recomienda una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia. ^(2,4,58,121,134-141)
D	Es aconsejable que todos los pacientes con depresión moderada tratados con medicamentos sean valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento y antes de 8 días en el caso de depresión grave. ⁽³⁾
B	En pacientes con depresión resistente al tratamiento farmacológico se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivo y terapia cognitivo-conductual. ^(3,142-147)

*Ver sección 13.5.3 (Atención Especializada) para mayor detalle.

13.4.2 Psicoterapia en la depresión moderada y grave

Fuerza	Recomendaciones para la psicoterapia en la depresión moderada y grave
B Fuerte a favor	El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o terapia interpersonal (TIP), de 16 a 20 sesiones durante 5 meses. ^(2,3,116,148-152) Para todas las personas que reciban terapia cognitivo-conductual individual, la duración debe ser entre 10-20 sesiones en 3-4 meses. También se puede considerar proveer 2 sesiones por semana durante las primeras 2 o 3 semanas en personas con depresión moderada a grave y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión. ^(2,4,58,136)
Fuerte a favor	Para las personas que reciban terapia interpersonal (TIP), la duración del tratamiento debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. Para aquellas con depresión moderada a grave, se debe considerar proveer 2 sesiones por la semana durante las primeras 2-3 semanas y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión. ^(2,4,58,136,153)

Débil a favor	La psicoterapia psicodinámica de plazo corto se considera para todas las personas con depresión leve a moderada, con una duración entre 16-20 sesiones en 4-6 meses. ⁽⁴⁾
A	Las estrategias de abordaje de episodios depresivos graves son la terapia cognitivo conductual o interpersonal en conjunto con fármacos antidepresivos. ⁽⁵⁾

13.4.3 Tratamiento farmacológico

Como se mencionó, el tratamiento farmacológico solo se lo administra a pacientes con depresión moderada o grave. Las únicas excepciones son las depresiones leves con antecedentes de depresión moderada o grave o con síntomas que persisten a pesar de otras intervenciones. ^(4,58,115–117)

“Es importante indicar que los antidepresivos no generan dependencia ni necesidad de tomar más medicación por sentir los mismos efectos a medida que pasa el tiempo. Antes de iniciarse el consumo de antidepresivos se debe tener en cuenta que la medicación necesita cierto tiempo para que tenga efecto (normalmente se necesitan de 2 a 8 semanas para experimentar alguna mejoría y determinar si un fármaco resulta útil o no). Por lo tanto, se debe seguir tomando la medicación como se ha prescrito, incluso si al principio hay dudas sobre sus beneficios. Aunque los antidepresivos no generan dependencia, pueden experimentarse ciertos síntomas al retirarlos; sobre todo, si la medicación se interrumpe bruscamente. Estos síntomas pueden consistir en mareo, náuseas, ansiedad y dolores de cabeza; normalmente, son de intensidad leve. Por tal motivo se recomienda retirarlos de manera gradual. El tiempo durante el cual se recibe tratamiento con antidepresivos varía entre las diferentes personas. Habitualmente se recomienda mantener la medicación un mínimo de 6 meses con la misma dosis con la que se obtuvo mejoría. En algunos casos el médico puede aconsejar modificar la dosis o cambiar el tipo de antidepresivo, según la respuesta obtenida.” ⁽¹⁵⁴⁾

En el tratamiento farmacológico de la depresión se deben considerar 3 fases ^(4,5): aguda, de continuación y de mantenimiento (tabla 11).

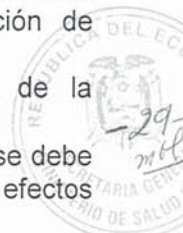
Tabla 11. Fases del tratamiento farmacológico en la depresión

	Fase aguda	Fase de continuación	Fase de mantenimiento
Objetivos	Obtener respuesta y disminución de sintomatología.	Mantener atenuación de síntomas, evitar recidivas y lograr mejoría funcional.	Lograr la remisión completa de síntomas y evitar recurrencias.
Tareas	Individualización: perfil de tratamiento, efectos adversos, comorbilidades, abuso de sustancias, etc.	Estimular adherencia al tratamiento y recuperación funcional gradual hacia niveles premórbidos.	Estimular recuperación funcional total, inserción social y evaluar necesidad de tratamiento adicional.

Fuentes: Gobierno de Chile (2013) ⁽⁵⁾ & República de Colombia (2013). ⁽⁴⁾ Elaboración propia.

A continuación se detallan las recomendaciones para el manejo farmacológico. La evidencia sobre el manejo farmacológico en cuanto a eficacia, seguridad, dosis, duración del tratamiento y prevención de recaídas, se encuentra en el anexo 4.

Fuerza	Recomendaciones para el manejo farmacológico de depresión moderada y grave
Fuerte a favor	Al iniciar un antidepresivo el clínico debe hacer un seguimiento cuidadoso del riesgo de suicidio. ⁽⁴⁾
D	Antes de iniciar el tratamiento antidepresivo, se deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, los efectos secundarios y el posible retraso del efecto terapéutico. ⁽³⁾
A	La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos adversos (tabla 12) y su tolerabilidad, la seguridad* (anexo 4) y las propiedades farmacológicas, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costos y las preferencias de los pacientes. ⁽³⁾
A	Los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo-beneficio, por lo que deben considerarse la primera elección de tratamiento. ⁽³⁾
Fuerte a favor	La primera línea de tratamiento farmacológico para los adultos con diagnóstico de depresión puede ser con fluoxetina o sertralina (ISRS). Se considera como alternativa a la amitriptilina (ATC) o mirtazapina** (NaSSA), siempre y cuando sean consideradas también las características del cuadro clínico del paciente y sus preferencias. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	Para adultos mayores (ancianos) o pacientes con contraindicaciones para el uso de antidepresivos tricíclicos (ATC), la primera línea de tratamiento son fluoxetina, sertralina o mirtazapina**, siempre y cuando sean consideradas las características del cuadro clínico del paciente y sus preferencias. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	Si durante la tercera semana de tratamiento el paciente adulto con diagnóstico de depresión no ha tenido algún tipo de mejoría de los síntomas depresivos, a pesar de tener una adecuada adherencia, se debe ajustar la dosis, o cambiar de antidepresivo. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	En caso de necesitar un cambio de antidepresivo se sugiere usar como segunda línea de tratamiento las alternativas de la primera línea que no fueron prescritas entre fluoxetina o sertralina (ISRS), amitriptilina* (ATC) o mirtazapina** (NaSSA). ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	La tercera línea de tratamiento incluye a otros antidepresivos tricíclicos (ATC), otros inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y a inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina. ⁽⁴⁾
Débil a favor	La cuarta línea de tratamiento son los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	Cuando se prescriban antidepresivos duales o tricíclicos se debe incrementar gradualmente la dosis, para evitar efectos colaterales intolerables. ⁽⁴⁾



*sobre todo en ancianos. **Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud. ***Excepciones: cuando no haya mejoría de la ansiedad con los antidepresivos, o si la ansiedad del paciente es clínicamente significativa durante la fase aguda.

Medicamentos antidepresivos	Efectos adversos	Frecuencia	Consideraciones
Antidepresivos tricíclicos (ATC)	Taquicardia sinusal, hipotensión postural y alteraciones en la conducción cardíaca.	A menudo, especialmente en adultos mayores, personas con enfermedad cardíaca o en quienes están tomando múltiples medicamentos.	En los pacientes con dichas características deben prescribirse antidepresivos diferentes de los ATC.
	Sequedad bucal y	Puede darse con otros	

	ocular	antidepresivos.	
	Retención urinaria	Puede darse con otros antidepresivos.	
ATC y bupropion*	Crisis epilépticas	Leve incremento en el riesgo con los ATC, pero también pueden presentarse con sobredosis de bupropion*.	
Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS)	Diarrea	A menudo, especialmente con la sertralina. Puede presentarse en otros grupos de medicamentos antidepresivos.	
	Sangrado gastrointestinal	Puede darse con otros antidepresivos, especialmente en ancianos o al combinarlos con otros fármacos que puedan producir alteraciones gástricas (personas con alto riesgo de sangrado), como los antiinflamatorios no esteroideos.	Si se los prescribe a personas con alto riesgo de sangrado se recomienda el uso de medicamentos protectores de la mucosa gástrica.
	Insomnio y ansiedad	Puede darse con otros antidepresivos.	
ISRS y antidepresivos duales.	Disfunción sexual	A menudo. El antidepresivo que tiene mayor riesgo de provocar disfunción sexual es la paroxetina*, y el de menores efectos sexuales es el bupropion*.	
ISRS y antidepresivos duales	Náuseas y vómito	Especialmente con la venlafaxina*. Puede presentarse en otros grupos de medicamentos antidepresivos.	
Antidepresivos duales	Hipertensión arterial	A menudo, especialmente con dosis altas de venlafaxina*.	Monitorizar la presión arterial en quienes estén tomando antidepresivos duales.
La mayoría	Aumento significativo de peso	Más a menudo con la mirtazapina* que con otros antidepresivos	
	Somnolencia	Más a menudo con trazodona*, mirtazapina*, agomelatina* y ATC.	
Todos	Toxicidad en	Mucho más alta con	Se recomienda

sobredosis	ATC y antidepresivos duales.	para personas con alto riesgo de suicidio otro tipo de antidepresivos como primera línea, y tomar precauciones si es necesario prescribirles ATC o antidepresivos duales
------------	---------------------------------	--

Fuente: República de Colombia (2013). ⁽⁴⁾ Elaboración propia.

*Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Adherencia al tratamiento farmacológico.- Es sumamente importante promover la adherencia a los diferentes tratamientos de la depresión en el adulto, principalmente a través de la psicoeducación, de la adecuada relación médico-paciente, del acompañamiento del profesional de salud durante el tratamiento con estrategias comunicacionales (llamadas, mensajes, correos, etc.) y mediante el establecimiento de hábitos. ⁽⁴⁾ Una vez fortalecidas las estrategias de adherencia, se debe contemplar un plan de seguimiento y control del o la paciente con depresión.

13.5 Paso 4: Depresión con alto riesgo para la vida

13.5.1 Terminología y nomenclatura

La terminología alrededor del suicidio es compleja y controversial. En la presente guía, se usará la nomenclatura simplificada de O'Carroll et al, propuesta por Silverman et al (anexo 5), ^(24,155,156) donde el espectro suicida está clasificado en: **ideación suicida** (pensamientos sobre el suicidio), **comunicación suicida** (amenaza o plan suicida, comunicación verbal y no verbal) y **conducta suicida** (conducta autoinflingida y potencialmente lesiva donde existe evidencia de que la finalidad es la terminación de la propia vida). Dentro de la **conducta suicida** están las autolesiones, los gestos suicidas, el intento de suicidio, conductas suicidas no determinadas y el suicidio en sí. ⁽²⁴⁾ Se usará el término riesgo suicida para describir en general el riesgo para provocar cualquiera de los 3 términos mencionados.

13.5.2 Detección y clasificación de riesgo suicida

El principal factor que predice un intento suicida es el antecedente de intento previo, seguido de los antecedentes familiares de conducta suicida. Cada vez que se produce un nuevo intento suicida, el riesgo de recurrencia con métodos más agresivos y eficaces aumenta significativamente. Para determinar el riesgo suicida hay que determinar características adicionales relacionadas con la conducta suicida y el contexto social (tabla 13). ⁽⁵⁾

Tabla 13. Características que determinan riesgo suicida

En relación con el suicidio	En relación con el contexto social	Otros
Intentos suicidios previos	Desórdenes familiares en la infancia y adolescencia	Historia de maltrato físico o violencia sexual
Caos de autodestrucción en la familia o en el entorno	Ausencia o pérdida de contactos humanos (aislamiento, desengaño)	Acoso por parte de iguales
Amenazas de suicidio (directas o indirectas)	Dificultades profesionales o financieras	Fácil acceso a armas, medicamentos o tóxicos
Expresión de ideas concretas sobre la ejecución o los preparativos de dicho acto	Ausencia de un fin en la vida	Orientación sexual*
Calma inquietante tras un período de conducta suicida y de agitación	Ausencia o pérdida de relaciones religiosas sólidas o de otro tipo	Trastornos mentales
Sueños de autodestrucción o catástrofes	Abuso de alcohol y otras drogas por el paciente o familiares, que genere crisis por desorganización familiar	Enfermedad física (cáncer, SIDA) o discapacidad
	Presencia de familiares con enfermedades terminales o fallecimientos de familiares de alto valor afectivo para él o la paciente	Factores psicológicos: pensamiento dicotómico, rigidez cognitiva, desesperanza, dificultad para resolver problemas, sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico y perfeccionismo
	Contacto con otra persona con depresión	Consumo de medicamentos no recetados
	Estado civil (viudos > separados / divorciados > solteros > casados)	

Cualquiera de estas características posiciona al paciente ante un riesgo suicida. *Al parecer hay mayor riesgo por la dificultad en la construcción de una identidad sexual en un ambiente hostil y de aislamiento para homosexuales, bisexuales y transexuales. ⁽¹⁵⁷⁾

Modificado de: Gobierno de Chile (2013) ⁽⁵⁾ y Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012). ⁽²⁴⁾ **Otras fuentes:** Tuesca R & Navarro E (2003) ⁽¹⁸⁾; Guibert W & Del Cueto E (2003) ⁽¹⁵⁸⁾; Qin P et. al. (2000) ⁽¹⁵⁹⁾; Serfati et. al. (1992). ⁽¹⁶⁰⁾

Cabe recalcar que también existen factores protectores que disminuyen el riesgo suicida y que también deben ser considerados ⁽²⁴⁾:

- Habilidad de resolución de problemas
- Confianza en uno mismo
- Habilidades sociales
- Flexibilidad cognitiva
- Hijos
- Calidad del apoyo familiar y social
- Integración social
- Religión, espiritualidad y valores positivos
- Adopción de valores culturales y tradicionales
- Manejo adecuado de comorbilidades médicas (incluidas las psiquiátricas)

Respecto a la historia clínica, en cualquier nivel donde se encuentre con el paciente, la ^(24,161) o el profesional de salud debe saber cómo, cuándo y qué preguntas hacer para determinar si existe o no riesgo suicida (tabla 14).



Tabla 14. Recomendaciones de cómo, cuándo y qué preguntar a pacientes con depresión para determinar riesgo suicida

Cómo preguntar ¿Se siente infeliz o desvalido? ¿Se siente desesperado? ¿Se siente incapaz de enfrentar el día a día? ¿Siente la vida como una carga? ¿Siente que la vida no merece vivirse? ¿Siente deseos de cometer suicidio?
Cuándo preguntar Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia
Qué preguntar Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar en su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Tomado de: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012).⁽²⁴⁾

Sea con él o la paciente, o con su familia, es importante que el clínico explique y trace con claridad los objetivos del por qué de la evaluación clínica, buscando siempre que la o el paciente se involucre en la toma de decisiones. La entrevista clínica es fundamental para determinar el riesgo suicida, por lo que se deben evitar errores comunes y fortalecer aspectos positivos de la entrevista clínica (tabla 15).⁽²⁴⁾

Tabla 15. Recomendaciones para una adecuada entrevista clínica para detectar riesgo suicida

- Capacidad para afrontar con claridad y respeto un tema tan delicado y personal - Transmitir que nuestros conocimientos están dispuestos para ayudar - Evitar comentarios reprobatorios y moralizantes - No tratar de convencer a la persona de lo inadecuado de su conducta - Mostrar calma y seguridad - Profundizar con detalle de forma abierta en todos los aspectos que ayuden a valorar el riesgo suicida, pero evitar preguntas morbosas - Comunicar a los familiares la existencia de un posible riesgo y de las medidas a tomar sin generar situaciones de alarma exagerada que puedan ser contraproducentes - Manejar, si la situación lo admite, el humor, pero evitar siempre el sarcasmo y la ironía - Atender no solo a lo que la persona dice sino también a su expresión, gestos, tono de voz, etc. - Ante cualquier atisbo de ideación suicida se requiere la participación activa del profesional. A mayor sospecha de riesgo suicida, más directiva debe ser la actuación

Tomado de: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012).⁽²⁴⁾

0036-2017

Cuando se detecta riesgo suicida (tabla 13) en un paciente con depresión, necesariamente se tiene que clasificar este riesgo para proceder a un manejo adecuado (tabla 16).

Tabla 16. Clasificación del riesgo suicida

Descripción	Riesgo
Hay ideación suicida sin planes concretos para hacerse daño	LEVE
No hay intención evidente	
La persona es capaz de rectificar su conducta y hacer autocrítica	MODERADO
Existen planes con ideación suicida, posibles antecedentes de intentos previos, factores de riesgo adicionales.	
Puede haber más de un factor de riesgo sin un plan claro.	GRAVE
Hay una preparación concreta para hacerse un daño.	
Puede tener un intento de autoeliminación previo, existen más de dos factores de riesgo, expresa desesperanza, rechaza el apoyo social y no rectifica sus ideas.	EXTREMO
Varios intentos de auto eliminación con varios factores de riesgo, puede estar presente como agravante la autoagresión.	

Tomado de: Gobierno de Chile (2013).⁽⁵⁾ & República de Colombia (2013).⁽¹⁵⁴⁾

Una vez determinada la presencia y la gravedad del riesgo suicida, y dependiendo del contexto, se puede proceder al uso de escalas auto o heteroaplicadas a criterio del médico y de acuerdo a la experiencia del uso de las mismas. Estas escalas pueden ser útiles para monitorizar los cambios de acuerdo al manejo o para valorar evaluaciones más profundas.

Finalizada la historia clínica, es importante no haber omitido ningún detalle importante para el manejo del o la paciente con depresión y riesgo suicida (tabla 17).

Tabla 17. Resumen de la información necesaria para el manejo de un paciente con riesgo suicida

1. Datos de filiación	2. Factores protectores y de riesgo
3. Características del riesgo suicida	4. Características del intento de suicidio
Planificación, evolución, frecuencia, valoración de intencionalidad y determinación. Ideación suicida, comunicación suicida o conducta suicida.	Desencadenantes, valoración de la intencionalidad, letalidad de la conducta, método (químico, físico, tóxico, etc.), actitud ante la conducta suicida actual, medidas de evitación de rescate, despedida en los días previos.

5. Evaluación clínica	6. Clasificación del riesgo suicida
Alteración del nivel de conciencia, alteración de la capacidad mental, intoxicación por alcohol u otras drogas, enfermedades mentales, estado de ánimo, planes de suicidio, capacidad de otorgar un consentimiento informado, necesidad de valoración por parte del especialista.	MODERADO GRAVE EXTREMO

Modificado de: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012).⁽²⁴⁾

Fuerza	Recomendaciones para la valoración del riesgo suicida
C	Se recomienda evaluar riesgo suicida en todo paciente con depresión de forma periódica*. ^(5,162-165)
D	El paciente que ha realizado un intento suicida, debe ser evaluado por especialista e ingresado a tratamiento por depresión en el período entre el intento y dicha evaluación psiquiátrica. ^(5,166)
D	El alto grado de letalidad en un intento suicida, intentos suicidas previos, la escasa o nula red de apoyo, así como la enfermedad psiquiátrica comórbida descompensada, son criterios para hospitalización inmediata. ⁽⁵⁾
D	Se deberá favorecer la comunicación de los aspectos clínicos, emocionales u otros asociados a la conducta suicida y facilitar que la persona, así como sus acompañantes, se impliquen en la toma de decisiones. ⁽²⁴⁾
D	Aunque puedan aportar información complementaria, no se recomienda la sustitución de las escalas (auto o heteroaplicadas) en lugar de la entrevista. ⁽²⁴⁾
D	Todo episodio nuevo de ideación, comunicación o conducta suicida debe ser evaluado de forma independiente y no tratarlo como si fuera igual que en anteriores ocasiones. ⁽²⁴⁾
D	Se recomienda evitar todo tipo de actitudes negativas hacia las personas con conducta suicida reiterada. Se debe fomentar el respeto y la comprensión en todo momento con este tipo de pacientes. ⁽²⁴⁾
✓	Se recomienda evaluar el riesgo suicida a través de la historia clínica con las siguientes características (tabla 17): 1. Recolección detallada de datos de filiación incluyendo contacto personal y familiar 2. Evaluación de factores de riesgo y factores protectores 3. Detección del riesgo suicida 4. Características del riesgo suicida y el intento (si lo hubo) 5. Evaluación clínica 6. Clasificación del riesgo suicida
✓	La historia clínica, sea primera o subsecuente, debe ser realizada en un lugar apropiado, con un ambiente tranquilo y silencioso. Se debe procurar que la privacidad y la empatía sean suficientes para facilitar la expresión del o la paciente y/o sus familiares o acompañantes.
✓	No debe tomarse al riesgo suicida como un “llamado de atención” sino como una entidad clínica seria que requiere un manejo adecuado.

*Se pueden usar las tablas 13 y 16 de esta guía basadas en la entrevista clínica del paciente y/o familiares.

13.5.3 Manejo del riesgo, la ideación y la conducta suicida

Atención primaria de ideación y conducta suicida

El primer aspecto del manejo es reconocer cuando un o una paciente con riesgo o conducta suicida, requiere referencia a otro nivel de atención o al servicio de emergencias. ^(24,167) (ver sección de referencia y contrarreferencia en esta guía y tabla 18).

Tabla 18. Manejo de acuerdo al riesgo suicida

Riesgo	Conducta a seguir
LEVE	- Referencia para evaluación psiquiátrica y psicológica - Intervención en crisis - Contrarreferencia asistida al equipo de salud primaria para seguimiento - Poner en contacto con redes sociales y familiares
MODERADO	- Referencia para intervención psiquiátrica - Intervención en crisis y tratamiento farmacológico - Evaluación del sostén familiar a fin de determinar necesidad de intervención - Contrarreferencia asistida al equipo de salud primaria para seguimiento - Conectarlo con redes sociales y familiares
GRAVE	- Hospitalización voluntaria o involuntaria (administrativa) en servicio de emergencias general con intervención especializada cuando hay riesgos vitales. Si no hay compromiso vital, hospitalización en servicio de psiquiatría de corta estadía, con vigilancia permanente, control médico especializado a diario, con ajuste de medicación según evolución. - En caso de excitación, angustia, agitación psicomotora o ansiedad extrema, iniciar tratamiento con psicofármacos en forma inmediata.
EXTREMO	- Hospitalización voluntaria o involuntaria (administrativa) con medidas de contención y seguimiento especializado estricto. - Accesibilidad a planes terapéuticos y farmacológicos. - Seguimiento por un equipo técnico por un periodo no menor a 18 meses, buscando síntomas que indiquen la reincidencia.

Tomado de: Gobierno de Chile (2013) ⁽⁵⁾ & MINSAL 2013 ⁽¹⁶⁸⁾

En caso de que el cuadro no esté claro para el médico de atención primaria o de primer contacto, y no se pueda establecer con claridad el riesgo de suicidio, se debe asumir que hay un riesgo suicida (riesgo leve si se duda de la existencia de riesgo). Si no se tiene claro en qué tipo de riesgo está determinado paciente, se debe contemplar el riesgo mayor y actuar acorde a la tabla 18 (riesgo moderado si se duda sobre si es leve a moderado, grave si se duda entre moderado y grave, y así sucesivamente). ⁽²⁴⁾

Atención en emergencias

Cualquier persona que habla de suicidio debe ser tomada siempre en serio. La gran mayoría de personas que se suicidan han expresado previamente ideas de suicidio o han mostrado signos de alarma a familiares o profesionales. ^(169,170) Se debe procurar

que todo paciente con riesgo suicida o conducta suicida ingrese al servicio de emergencias sin ningún tipo de armas, medicamentos o tóxicos y que al momento del examen clínico permanezca alejado de medicamentos u objetos contundentes. Es fundamental que los profesionales de salud identifiquen a cualquier persona con riesgo o conducta suicida como alguien que necesita ayuda inmediata.⁽²⁴⁾

Fuerza	Recomendaciones para el manejo del riesgo, la ideación, la comunicación y la conducta suicida en el servicio de emergencias
D	Se recomienda asegurar la atención al paciente con riesgo, ideación, comunicación o conducta suicida dentro de la primera hora de su llegada al servicio de emergencias. ⁽²⁴⁾
D	Se sugiere adoptar las medidas de seguridad necesarias para evitar la fuga, la autoagresión o la agresión a terceros. ⁽²⁴⁾
D	Aparte de un examen físico breve, el médico en el servicio de emergencias debe realizar una evaluación psicopatológica y social básica para explicar el riesgo, la ideación o la conducta suicida (ver tabla 13, 14 y 16 y ver anexo 5). ^(24,171)
D	Se recomienda que el médico del servicio de emergencias realice una valoración médica y psicosocial en pacientes con riesgo, ideación, comunicación y/o conducta suicida. ⁽²⁴⁾
D	En caso de necesidad de evaluación psiquiátrica o psicológica inmediata, y no tener disponibilidad, se recomienda registrarlo en la historia clínica. ⁽²⁴⁾
D	Se recomienda hospitalizar a la persona en los siguientes casos ^(5,24) :
	1. Riesgo suicida grave o extremo (tabla 18)
	2. Ideación suicida con:
	- Presencia de trastorno mental grave - Conducta autolítica grave reciente - Plan de suicidio elaborado - Intencionalidad suicida al final de la entrevista clínica - Situación social o familiar de riesgo - Falta de apoyo o soporte personal - Duda sobre la gravedad del episodio
	3. Comunicación o conducta suicida
	4. Criterio del psiquiatra o psicólogo
	5. Duda en ausencia de médico psiquiatra o psicólogo
C	Las medidas de restricción mecánicas (sujeción o restricción del movimiento) pueden resultar en una forma de violencia y deben usarse temporalmente, solo cuando los beneficios superen los riesgos y no haya otra alternativa viable, en los siguientes casos ^(172,173) :
	- Prevención de suicidio o autoinflcción - Prevención de discapacidad de salud importante (caídas, agresión a terceros, violencia incontrolable) - Aplicación de procedimientos o intervenciones médicas necesarias (colocación de medicamentos o vías intravenosas, exámenes diagnósticos)
C	Las medidas de restricción mecánicas (sujeción o restricción del movimiento) deben ser aplicadas en lo posible después de informar a los cuidadores del riesgo que el paciente representa. Una vez instauradas, estas medidas deben ser evaluadas continuamente para promover el uso de otras alternativas. ^(172,173)

C	Se recomienda evitar en lo posible el uso de correas o cinturones como instrumentos de sujeción. (172,173) En casos extremos de fuga, autoagresión o agresión a terceros se puede considerar el uso de medidas de restricción física temporales. ⁽²⁴⁾
C	En los casos extremos del uso de medidas restricción, se recomienda evaluación médica y psicológica continua del paciente, de sus signos vitales, de potenciales daños por dichas medidas, y del registro del tiempo de sujeción para que el mismo no sobrepase las 48 horas. ⁽¹⁷⁴⁾ Se debe garantizar la hidratación y cuidado de la persona durante este periodo.
D	Al final de la evaluación médica y psicosocial en el servicio de emergencias, se debe identificar ⁽²⁴⁾ : - Riesgo de suicidio inmediato - Capacidad de decisión del paciente - Necesidad de evaluación psiquiátrica con o sin valoración psicológica (inmediata, en 24 horas, en una semana, etc.)
✓	Se recomienda evaluación psiquiátrica y psicológica para cualquier caso de riesgo, ideación, comunicación o conducta suicida que se presente en el servicio de emergencias. En caso de no contar con estos profesionales, el criterio del médico del servicio de emergencias debe determinar la necesidad inmediata o no de la evaluación por especialista, para la referencia o transferencia del paciente.
✓	Siempre que las condiciones lo permitan, la evaluación del paciente con riesgo, ideación, comunicación o conducta suicida debe realizarse en un ambiente relativamente tranquilo y privado.
✓	Es aceptable usar herramientas clínicas adicionales para detectar el riesgo y la conducta suicida a repetición cuando la entrevista clínica es muy corta o no aporta toda la información necesaria (tabla 13, 14, 16). Para riesgo suicida se puede usar la escala de Plutchik (anexo 7) y para conducta suicida a repetición el test de auto-daño de Manchester (<i>Manchester self-harm</i> , anexo 8).
✓	Cuando un paciente sea dado de alta, se sugiere contar con datos válidos de contacto de la persona y con un plan de manejo y seguimiento documentado en la historia clínica y en un documento aparte para la persona.

La evaluación psiquiátrica y psicológica en un servicio de emergencias está orientada al diagnóstico, a la evaluación de la conducta suicida (riesgos de repetición), al establecimiento de un plan de manejo integral (psicofarmacológico, psicoterapéutico y sociofamiliar) multidisciplinario, y a detectar los pacientes con mayor riesgo de autoagresión o agresión a terceros.

Atención especializada

La atención especializada del espectro suicida es dada por un equipo de salud mental que debería incluir al menos a un médico psiquiatra y a un psicólogo.

El manejo psicoterapéutico está basado en la intervención en crisis, las técnicas cognitivo-conductuales (TCC), en la terapia interpersonal, en la terapia familiar y en la terapia psicodinámica ^(24,167,175,176).

- *Intervención en crisis*: es un "método de ayuda dirigido a auxiliar a una persona y/o familia o grupo para que puedan enfrentar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos (daño físico y psicológico, estigmas emocionales) se aminore y se incremente la probabilidad de crecimiento (nuevas

habilidades, opciones y perspectiva de vida). Intervenir en una crisis significa introducirse de manera activa en la situación vital de la persona que la está experimentando y ayudarla a movilizar sus propios recursos para superar el problema y recuperar el equilibrio emocional". (177,178)

- *Las técnicas cognitivo-conductuales (TCC)*: basadas en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos, las mismas tienen una duración aproximada de 50 minutos cada una y deben realizarse entre 15 a 20 sesiones, con una frecuencia semanal. Cuando hay comorbilidad, o en casos más graves se puede prolongar la terapia. En casos menos graves, se suele optar por 6 a 8 sesiones más cortas. (24,162)
- *Terapia dialéctico-conductual*: aunque es aplicada en distintos grupos, fue desarrollada específicamente para trastorno límite de personalidad y conducta suicida crónica. Integra elementos de la terapia cognitiva y de las terapias de apoyo, buscando la disminución y el manejo de las conductas autolesivas y la conducta suicida. Se combinan sesiones individuales, grupales y apoyo por teléfono. (24,179)
- *La terapia interpersonal (TIP)*: esta terapia incluye sobretodo las relaciones interpersonales del momento, abarcando el contexto social inmediato y lo que más afecta al o la paciente (duelo, disputas interpersonales, transición de rol déficits interpersonales). Este tipo de terapia busca facilitar la comprensión de lo acontecido recientemente en términos interpersonales y buscar las mejores alternativas para manejar dichas situaciones. Usualmente consiste en 3 etapas en 12 a 16 semanas (sesiones semanales en la fase aguda). (24,162)
- *Terapia familiar*: basada en la teoría general de sistemas, entendiendo a la familia como un sistema de interrelaciones, donde el problema de uno produce la participación del resto (generación, mantenimiento y resolución del problema). A esta terapia se la suele dividir en conductual, psicodinámica y sistémica. Sin embargo, hay aspectos comunes para la terapia familiar: varias fases diferenciadas (evaluativa, psicoeducación, intervención y retroalimentación), acompañamiento de la familia a la terapia y duración de al menos seis sesiones de aproximadamente una hora cada una. (24,167)
- *Terapia psicodinámica*: aunque se basa en la resolución de conflictos de naturaleza inconsciente, es decir, en el psicoanálisis; a diferencia de éste, la terapia psicodinámica busca resolver el problema actual del o la paciente. En general este tipo de terapia no se enfoca en los conflictos internos del o la paciente pues esto podría provocar un empeoramiento del cuadro. En conducta suicida se suele aplicar una variante llamada terapia psicodinámica deconstructiva, estandarizada para problemas complejos de conducta (adicciones, trastornos de la alimentación, autolesiones y conducta suicida recurrente). La formulación e integración de experiencias interpersonales, así como las cualidades propias son favorecidas en este tipo de terapia. La terapia psicodinámica deconstructiva se basa en una alianza terapéutica positiva. (180,181)

El manejo farmacológico por su parte, debe incluir al tratamiento subyacente que ocasiona el espectro suicida, así como factores de riesgo adicionales o comorbilidades psiquiátricas:

- *Antidepresivos*: la conducta suicida suele acompañarse de impulsividad y agresividad, y ser ocasionada por ansiedad o depresión. Las propiedades serotoninérgicas y catecolaminérgicas, así como los efectos en el sistema serotoninérgico producido por los antidepresivos, reducen los síntomas depresivos,

la impulsividad y la agresividad. ^(24,182) En general, y de acuerdo a la mayoría de evidencia científica, el tratamiento con fármacos antidepresivos produce una disminución de la ideación y de la conducta suicida. ^(24,162,182–187)

- *Litio*: aunque no se conoce el mecanismo de acción por el cual el litio disminuye el riesgo de suicidio, se considera que es debido a la reducción de la impulsividad, de la agresividad y de la falta de control conductual; lo que estabiliza el humor, disminuyendo la angustia y la conducta agresiva. ^(24,69,188–190) De acuerdo a un metaanálisis del 2006, ⁽¹⁹¹⁾ el tratamiento con litio a largo plazo podría reducir cinco veces el riesgo de conducta suicida (sean intentos o suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos mayores. Al parecer, este beneficio es mayor que con otros estabilizadores (carbamazepina, divalproato*, lamotrigina, etc.) ⁽¹⁹²⁾
- *Antipsicóticos*: desde los años 50 (aparición de antipsicóticos) los suicidios relacionados con esquizofrenia no han sufrido una disminución importante, sugiriendo que, al menos los antipsicóticos de primera generación, tienen un efecto limitado sobre el espectro suicida. ^(24,183) Hay evidencia limitada sobre la efectividad del haloperidol en riesgo suicida (sobre todo para trastorno límite de personalidad), sobre los antipsicóticos de segunda generación para la prevención en recurrencias y para los antipsicóticos a dosis bajas para el control del impulso suicida. ⁽¹⁸²⁾ Los estudios con clozapina* han encontrado menor riesgo global de muerte y reducción significativa de la conducta suicida (pero no para suicidio consumado), ^(24,69,182,183,193–200) aunque estos efectos parecen ser menores que los producidos por el litio en pacientes con trastornos afectivos. ⁽¹⁹⁸⁾ La olanzapina* es inferior a la clozapina* para el espectro suicida aunque si disminuye la ideación suicida y la conducta suicida. ^(182,194) Para risperidona hay evidencia limitada. ⁽¹⁸²⁾ Un ensayo clínico aleatorizado de más de 20 pacientes del 2008 encontró que la risperidona con antidepresivos en depresión mayor, reduce el riesgo suicida. ⁽²⁰¹⁾

Fuerza	Recomendaciones para la atención especializada del o la paciente con riesgo, ideación, comunicación o conducta suicida
D	Se recomienda un manejo integral incluyendo estrategias farmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales, que incluya una fuerte alianza terapéutica entre el profesional de salud, la familia y el paciente. ⁽²⁴⁾
	Intervenciones psicoterapéuticas
B	Se recomienda la terapia cognitivo conductual una vez por semana (al menos al inicio del tratamiento) de preferencia en sesiones individuales. ⁽²⁴⁾
B	En el trastorno límite de personalidad se podrían considerar otros métodos más eficaces como la terapia dialéctico-conductual. En mayores de 60 años se sugiere optar por la terapia interpersonal. ⁽²⁴⁾
B	Se recomienda que la psicoterapia incida directamente en aspectos concretos del espectro suicida (autolesiones, ideación suicida, intentos suicidas, etc.). ⁽²⁴⁾
	Intervenciones farmacológicas
A	Se recomienda preferentemente el tratamiento con un antidepresivo del grupo ISRS. ⁽²⁴⁾
A	En mayores de 60 años con depresión y conducta suicida se recomienda el seguimiento mantenido en el tiempo junto con el empleo de terapia combinada (ISRS + terapia interpersonal). ⁽²⁴⁾
D	Se recomienda el empleo de ansiolíticos al inicio del tratamiento con antidepresivos en pacientes con depresión e ideación suicida que

C	además experimenten ansiedad o agitación. ⁽²⁴⁾ En pacientes con trastorno bipolar e ideación suicida, no se recomienda el uso de antidepresivos como monoterapia, sino acompañados de un estabilizador del ánimo como el litio*. ⁽²⁴⁾
A	Se recomienda el tratamiento con litio* en pacientes adultos con trastorno bipolar que presentan conducta suicida. ⁽²⁴⁾
A	Se recomienda el uso de clozapina** en el tratamiento de pacientes adultos con diagnóstico de esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos y con alto riesgo de conducta suicida, para reducir el riesgo de comportamientos suicidas***. ⁽²⁴⁾
B	En el tratamiento con anticonvulsivantes del trastorno límite de la personalidad se recomienda utilizar como fármaco de primera elección la carbamazepina para controlar el riesgo de conducta suicida. ⁽²⁴⁾
B	En pacientes con trastorno bipolar y riesgo de suicidio que precisen tratamiento con anticonvulsivantes, se recomienda el tratamiento con ácido valproico o carbamazepina de forma continuada. ⁽²⁴⁾
Uso de terapia electroconvulsiva (TEC)	
B	Se recomienda la terapia electroconvulsiva en pacientes con depresión grave en quienes exista la necesidad de una rápida respuesta por alta intencionalidad suicida. ⁽²⁴⁾
✓	El uso del litio como adyuvante en conducta suicida reciente, así como otras combinaciones de medicamentos y el uso de otros antidepresivos, quedan a criterio del especialista cuando el uso de ISRS no sea suficiente. Se debe registrar la justificación del uso de cualquier otra opción farmacológica en la historia clínica.
✓	La decisión de usar terapia electroconvulsiva (TEC) para pacientes con riesgo, ideación, comunicación o conducta suicida debe ser tomada conjuntamente con la persona (si es posible) y la familia, previa discusión con un equipo multidisciplinario (que al menos incluya a un médico psiquiatra y a un psicólogo). El uso de terapia electroconvulsiva (TEC) se reserva para el tercer nivel de atención, bajo medidas que garanticen la seguridad del paciente, así como la supervisión de un comité de bioética, consentimiento informado del paciente y/o familiar o persona responsable cuando el paciente se encuentra impedido.
✓	Para todo tratamiento, debe procurarse obtener el consentimiento informado (previo a una comunicación adecuada del tratamiento) del o la paciente y de la familia cuando lo primero no sea posible. Adicionalmente, se debe procurar brindar psicoeducación para el paciente y su familia.

*El retiro de esta medicación debe ser de forma gradual. **Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud. ***referirse a la Guía de Práctica Clínica de Esquizofrenia 2016 del Ministerio de Salud Pública para mayor detalle. *Nota: ver anexo 8 para evidencias.*

13.6 Seguimiento

El seguimiento de los pacientes con depresión es fundamental, y en general se lo puede realizar en los establecimientos del primer nivel de atención en salud. Por ejemplo, para adultos que han presentado un episodio depresivo leve, el seguimiento adecuado es cada 15 días por 3 meses. Cuando los pacientes reciben tratamiento con antidepresivo, el primer control debe darse entre la segunda y tercera semana tras el inicio del tratamiento. Después se pueden contemplar controles mensuales al menos por seis meses, lo que equivale a la fase de continuación. Si tras estos controles se comprueba recuperación funcional con un paciente asintomático, los intervalos se pueden prolongar de acuerdo al criterio del médico psiquiatra y el psicólogo. ⁽⁴⁾

Para realizar el seguimiento de los pacientes con depresión, especialmente aquellos con intervenciones farmacológicas o psicoterapéuticas, se deben evaluar los predictores de respuesta (tabla 19) para modificar el seguimiento y el tratamiento de acuerdo a la evolución.

Tabla 19. Predicción de respuesta en depresión

Factores predictores para respuesta al manejo de depresión		
Recurrencia	Mala respuesta	Buena respuesta
Antecedente de tres o más episodios depresivos previos	Trastornos de personalidad (asociados a pobre respuesta TCC)	Respuesta temprana (menor de 2 semanas)
Antecedente de síntomas residuales	Antecedente de intento de suicidio	Alta satisfacción con la vida
Problemas de salud comórbidos	Comorbilidad con ansiedad	Estado civil casado
El episodio fue grave con o sin psicosis	Dolor físico	
Otra comorbilidad psiquiátrica	IMC elevado	
Vulnerabilidad a la recaída por estresores psicosociales	Desempleo	
Presencia de ansiedad	Depresión crónica	
Insomnio persistente		

Fuente: República de Colombia (2013).⁽⁴⁾ Elaboración propia.

Fuerza	Recomendaciones para el seguimiento del o la paciente con depresión
D	Toda persona tratada por depresión, independientemente de la gravedad de la misma, debe recibir seguimiento por al menos 6 meses contados desde la remisión total de los síntomas. ⁽⁵⁾
Fuerte a favor	En pacientes adultos con diagnóstico de depresión que logran la remisión con antidepresivos este debe mantenerse con la misma dosis de 6-12 meses después de lograr la remisión. ⁽⁴⁾
Débil a favor	Se sugiere considerar el uso continuo de antidepresivos hasta 2 años si el paciente adulto con diagnóstico de depresión presenta uno o más de los siguientes antecedentes ⁽⁴⁾ : - Tres o más episodios depresivos previos - Síntomas residuales - Comorbilidades - Episodio grave, con o sin psicosis - Comorbilidad psiquiátrica - Vulnerabilidad a la recaída por estresores psicosociales
D	Se sugiere que el uso de antidepresivos por más de 2 años sea personalizado, de acuerdo con el criterio del médico psiquiatra y las preferencias del paciente, evaluando beneficios-riesgos. ⁽⁴⁾
A	Se recomienda que el tratamiento de mantenimiento se realice con la misma dosis con la que se alcanzó la respuesta. ^(3,202)
Fuerte a favor	En adultos con tratamiento farmacológico para depresión, cuando se suspenda cualquier antidepresivo se recomienda que se lo haga gradualmente, en el lapso de un mes, para evitar los

D	síntomas de discontinuación*. Así mismo, se debe informar al paciente sobre los posibles síntomas de discontinuación, que incluyen cambios en el ánimo, inquietud, insomnio, sudoración, náuseas y parestesias. ⁽⁴⁾
Débil a favor	Todo paciente adulto con diagnóstico de depresión en tratamiento con antidepresivos a quien se le retire el medicamento, debe ser evaluado al primer y al tercer mes para monitorizar la reaparición de síntomas. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	En pacientes adultos con depresión leve con síntomas persistentes, después de tres meses de seguimiento, se debe iniciar una intervención psicoterapéutica de tipo terapia cognitiva conductual (TCC). ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	En pacientes adultos con diagnóstico de depresión que no han recibido terapia cognitiva conductual (TCC), durante la fase aguda, se recomienda ofrecerla en la fase de continuación, para prevenir recaídas. ⁽⁴⁾
Débil a favor	En adultos con diagnóstico de depresión, la terapia cognitiva conductual (TCC) se puede ofrecer de forma concomitante con medicamentos, o de forma secuencial después de retirar el antidepresivo, para prevenir recaídas. ⁽⁴⁾
Fuerte a favor	Para pacientes adultos con diagnóstico de depresión con síntomas residuales, con 3 o más episodios previos, o alto riesgo de recurrencia/recaída, la terapia cognitiva conductual (TCC) basada en conciencia plena (<i>mindfulness</i>) se recomienda como una opción de tratamiento adicional a la farmacoterapia. ⁽⁴⁾
	La terapia cognitivo-conductual basada en conciencia plena debe realizarse en grupos de 8-15 pacientes, y consiste en sesiones semanales de 2 horas por 8 semanas y 4 sesiones de seguimiento durante los 12 meses que siguen a la finalización del tratamiento. ⁽⁴⁾

*especialmente con paroxetina y venlafaxina

13.7 Situaciones especiales

13.7.1 Depresión resistente al tratamiento

Fuerza	Recomendaciones para el manejo de la depresión resistente al tratamiento
D	Ante un paciente que no mejora con el tratamiento antidepresivo para la depresión, se recomienda ⁽³⁾ : - Revisión del diagnóstico. - Verificar el cumplimiento de la toma del tratamiento en dosis y tiempo adecuados. - Valorar la existencia de conciencia de enfermedad, motivación al cambio, existencia de posible comorbilidad, si la dosis actual es la requerida y una alternativa de fármaco que pueda ser más eficaz.
B	Debe 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. ⁽³⁾
B	Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia

Fuerte a favor	cognitivo-conductual. ⁽³⁾ Si durante la tercera semana de tratamiento el paciente adulto con diagnóstico de depresión no ha tenido algún tipo de mejoría de los síntomas depresivos, a pesar de tener una adecuada adherencia, se debe ajustar la dosis, o cambiar de antidepresivo. ^(2,4,58,153,203,204)
B	Cuando la estrategia a seguir sea el cambio de antidepresivo, se sugiere valorar inicialmente un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS) diferente u otro antidepresivo de segunda generación, en caso de no conseguir respuesta se puede valorar un ATC o la potenciación con quetiapina o risperidona, aunque teniendo en cuenta la posibilidad del incremento de los efectos adversos. ⁽³⁾
A	La terapia electroconvulsiva (TEC) debería considerarse una alternativa terapéutica en pacientes con depresión grave, fundamentalmente si existe necesidad de una rápida respuesta debido a alta intencionalidad suicida, deterioro físico grave o cuando han fallado otros tratamientos. ^(2,3,205–208)
D	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva (TEC) sea administrada siempre por profesionales experimentados, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario, siendo indispensable el consentimiento informado. ⁽³⁾
D	No se recomienda el uso de la estimulación del nervio vago fuera del ámbito de la investigación, debido a la naturaleza invasiva del procedimiento, la incertidumbre sobre su eficacia y a sus efectos adversos. ⁽³⁾
B	No se recomienda la estimulación magnética transcraneal como tratamiento de la depresión debido a la incertidumbre sobre su eficacia clínica. ^(2,3,209–213)
✓	El uso de la terapia electroconvulsiva (TEC) se reserva para el tercer nivel de atención, bajo medidas que garanticen la seguridad del paciente, así como la supervisión de un comité de bioética, consentimiento informado del paciente y/o familiar o persona responsable cuando el paciente se encuentra impedido. Adicionalmente, se debe procurar brindar psicoeducación para el paciente y su familia.

Nota: ver anexo 9 para evidencias.

En caso de optar por el uso de terapia electroconvulsiva (TEC), esta decisión debe tomarse de manera conjunta con el paciente y/o la familia. Se deben considerar el diagnóstico, la gravedad y tipo de síntomas, los antecedentes (historia clínica), el riesgo-beneficio de la intervención, las preferencias del paciente y otras alternativas terapéuticas viables. ^(3,214–219) Antes de aplicar la terapia electroconvulsiva (TEC), es fundamental ofrecer toda la información pertinente al o la paciente y a su familia, incluyendo el plan integral de manejo, el objetivo de la intervención y las consecuencias y efectos adversos de la misma. ^(3,214,219–221)

13.7.2 Embarazo y lactancia

Fuerza	Recomendaciones para la depresión en embarazo y lactancia
A	Durante el embarazo se deben considerar los riesgos y beneficios del tratamiento farmacológico, así como los efectos de los fármacos en la

A	embarazada. ^(3,93,222-224) Indicar los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), excepto paroxetina*, cuando sea necesario incluir farmacoterapia en el tratamiento de la depresión durante el embarazo y lactancia. ^(3,224-227)
✓	Toda mujer embarazada con depresión debe ser vinculada a los servicios de cuidado prenatal disponibles para seguimiento del embarazo y planificación del parto.
✓	En mujeres que estén dando de lactar se recomienda evitar el uso de medicamentos con una vida media prolongada y no dar de lactar en los momentos de alta concentración de la droga en la madre (de acuerdo al consejo médico).
✓	En todas las mujeres embarazadas con depresión se recomienda manejo multidisciplinario incluyendo a neonatólogos, psicólogos, psiquiatras y ginecólogos para la toma de todas las decisiones, especialmente aquellas relacionadas con medicamentos. Se sugiere que el equipo multidisciplinario elabore un plan de manejo integral para el embarazo, parto y posparto.

*Nota: esta guía no contempla el manejo de la depresión posparto.** Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud

13.7.3 Adulto mayor

Fuerza	Recomendaciones para el manejo de la depresión en el adulto mayor
D	En el proceso diagnóstico de la depresión en el adulto mayor, el clínico debe considerar realizar el diagnóstico diferencial de enfermedades como; demencias, hipotiroidismo, hipertiroidismo, cáncer de páncreas, enfermedad de Addison, tumores cerebrales, avitaminosis, desnutrición, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, trastorno afectivo bipolar, trastorno de adaptación, Parkinson y consumo de fármacos, entre otros de acuerdo a la historia clínica. ^(4,228-233)
D	El tratamiento de la depresión en adultos mayores deberá considerar las particularidades del curso de vida, así como las comorbilidades presentes y la polifarmacia (interacciones medicamentosas). ^(5,234,235)

13.8 Referencia y contrarreferencia

Fuerza	Recomendaciones para la referencia del o la paciente con depresión
D	Los pacientes adultos con diagnóstico de depresión deben ser manejados en hospitalización en servicios especializados de salud mental, ante la presencia de cualquiera de las siguientes situaciones ⁽⁴⁾: - Intento de suicidio de cualquier tipo - Ideación suicida estructurada que constituya un plan. - Síntomas psicóticos - Compromiso del estado general (inanición, deshidratación,

	desnutrición) - Conductas de riesgo o de daño autoinfligido en presencia de ideación suicida - Consumo concomitante de sustancias que estén poniendo en riesgo la vida del paciente - Presencia de condiciones (estresores psicosociales) que a juicio del clínico dificulten el manejo ambulatorio (por ejemplo: paciente sin red de apoyo, o víctima de violencia intrafamiliar, abuso, negligencia u otros).
✓	La atención ambulatoria que se realizará por parte del profesional de salud es: - Sospecha diagnóstica y confirmación diagnóstica - Diagnóstico presuntivo - Tratamiento ambulatorio en salud mental cuando el cuadro esté compensado y tenga diagnóstico previo - Seguimiento
✓	Se referirá a atención por especialista cuando se requiera o se presente: - Confirmación diagnóstica - Comorbilidad psiquiátrica u orgánica - Persistan síntomas a pesar de tratamiento farmacológico y/o no farmacológico - Riesgo suicida o riesgo de daño a otros - Consumo problemático de alcohol u otras drogas - Síntomas muy incapacitantes que dificulten su adaptación social o laboral
✓	En caso de ideación suicida la referencia o transferencia debe ser urgente
✓	Se referirá a hospitalización de mediana estancia (hasta 21 días) cuando: - Existan síntomas depresivos con alto riesgo suicida - Exista la necesidad de manejo en ambiente controlado

Recomendaciones para la contrarreferencia de pacientes con depresión

✓	Se referirá a atención ambulatoria cuando: - Se haya alcanzado la estabilidad clínica como máximo beneficio al tratamiento - Se presente remisión de la sintomatología aguda
---	--

14. Abreviaturas, signos y símbolos usados en esta guía

AGREE: Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
ATC: Antidepresivo Tricíclico
BDI: Beck Depression Inventory
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (Décima versión)
DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GPC: Guía de Práctica Clínica
HAM-D: Hamilton Rating Scale for Depression
HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression



IHME:	Institute for Health Metrics and Evaluation
ISRS:	Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina
MADRS:	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
mg:	Miligramos
NaSSA:	Antidepresivos noradrenérgicos y serotoninérgicos específicos
PICO:	Persona, Intervención, Comparación, Resultado (outcome)
T4:	Tiroxina
TCC:	Terapia Cognitivo-Conductual
TCCG:	Terapia Cognitivo-Conductual Grupal
TEC:	Terapia Electroconvulsiva
TIP:	Terapia Interpersonal Individual
TSH:	Thyroid Stimulating Hormone
VIF:	Violencia intrafamiliar

15. Referencias

1. THE ADAPTE COLLABORATION. The ADAPTE process: Resource toolkit for guideline adaptation [Internet]. Guidelines International Network; 2009. Available from: <http://www.g-i-n.net/>
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. The Treatment and Management of Depression in Adults. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2010.
3. 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. Guías de P. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t) 2013/06; 2014;21–223.
4. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. Guía No.22. Bogotá: Sistema General de Seguridad Social en Salud; 2013;53(9):1689–99.
5. Gobierno De Chile, Secretaría De Salud Pública. Depresión en personas de 15 años y más. Santiago: Ministerio de Salud-Gobierno de Chile; 2013;144. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/LGBTI/Definiciones_GLBTI.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud. Clasificación Estadística Internacional. Décima Rev. Whashington; 2008.
7. Álvarez-Martínez E, Pérez-Blanco J P-S V. Capítulo 18. Trastornos del humor (afectivos). Tratado de psiquiatría. p. 349–77.
8. World Federation for Mental Health. Depresión: Una Crisis Global. Día Mundial de la Salud Mental 2012. USA. 2012. p. 50.
9. Parker G, Fletcher K, Paterson A, Anderson J, Hong M. Gender differences in depression severity and symptoms across depressive sub-types. J Affect Disord. 2014 Jan;167:351–7.
10. Mori Nicanor CJ. Historia natural de la depresión. Rev Peru Epidemiol. 2010;14(2):86–90.
11. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. J Affect Disord. 2003 Mar;74(1):5–13.
12. Consejo Directivo - Comité Regional de la OMS para las Américas. PLAN DE ACCIÓN SOBRE SALUD MENTAL. Washington D.C; 2014.
13. Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. La depresión. Nota descriptiva N°369. 2015.
14. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias; 2013. 54 p.
15. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med. 2006 Nov;3(11):e442.



16. Murray CJ, Lopez AD. Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *Lancet* (London, England). 1997 May;349(9063):1436–42.
17. Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Ten Have T, Bruce ML. Depression, cardiovascular disease, diabetes, and two-year mortality among older, primary-care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Sep;13(9):748–55.
18. Tuesta-Molina Rafael N-LE. Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uninorte*. 2003;17:19–28.
19. Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profile. Ecuador. Institute for Health Metrics and Evaluation. 2016. p. 1–7.
20. Jain R. Single-action versus dual-action antidepressants. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* [Internet]. 2004 [cited 2016 Jun 21];6(Suppl 1):7–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16001091>
21. Baeza S, Quijada J, Santander J. Síndrome de discontinuación de antidepresivos. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; 2002 Jan [cited 2016 Jun 16];40(1):56–66. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000100007&lng=en&nrm=iso&tng=en
22. Campos Henríquez SG. Guías clínicas de atención a los problemas frecuentes en psiquiatría y salud mental [Internet]. First. Osegueda J, editor. El Salvador: Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial; 2013. p. 139. Available from: http://www.isbm.gob.sv/phocadownload/guias_medicas/GUIAS CLINICAS PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL 04102013.pdf
23. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2012 Apr;200(4):275–81.
24. Grupo De Trabajo De La Guía De Práctica Clínica De Prevención Y Tratamiento De La Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2, editor. SergasEs [Internet]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.; 2012; Available from: <http://www.sergas.es/cas/Publicaciones/Docs/avalia-t/PDF-2202-es.pdf>
25. Alberdi Jesús, Taboada Óscar, Castro Carlos V-VC. Depresión. *Fisterra Guías Clínicas*. 2006;6(11):6.
26. Teh CF, Reynolds CF, Cleary PD. Quality of depression care for people with coincident chronic medical conditions. *Gen Hosp Psychiatry*. Jan;30(6):528–35.
27. González F, Aguinaga G, Vallejo F, González Andrade F, Aguinaga G, Vallejo F, et al. Incorporación de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud ecuatoriano como una estrategia para mejorar la salud y la educación médica. Quito; 2013.
28. Ministerio de Sanidad y Consumo, Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual Metodológico. noviembre. Madrid: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2007.
29. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines: developing guidelines. *BMJ* [Internet]. 1999 Feb 27 [cited 2015 Nov 8];318(7183):593–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1115034&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
30. Aguayo-Albasini JL, Flores-Pastor B, Soria-Aledo V. Sistema GRADE : clasificación de la fuerza de la evidencia y graduación de la recomendación. Elsevier. 2013;2(92):82–8.
31. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004 Jun;328(7454):1490.
32. Neumann I, Pantoja T, Peñaloza B, Cifuentes L, Rada G. El sistema GRADE: un cambio en la forma de evaluar la calidad de la evidencia y la fuerza de recomendaciones. *Rev Med Chile*. 2014;(142):630–5.
33. Williams JW, Gerrity M, Holsinger T, Dobscha S, Gaynes B, Dietrich A. Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry*. Jan;29(2):91–116.
34. Calderón Carlos, Mosquera Isabel, Balagué Laura, Retolaza Ander, Bacigalupe Amaia, Belaunzaran Jon et al. Modelos de colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental en la Asistencia Sanitaria a las Personas con Depresión: Resultados Principales y retos

- Metodológicos de una Meta-Revisión Sistemática. *Rev Esp Salud Pública*. 2014;88(1):113–33.
35. Gómez-Restrepo C, Bohórquez A, Pinto Masis D, Gil Laverde JFA, Rondón Sepúlveda M, Díaz-Granados N. [The prevalence of and factors associated with depression in Colombia]. *Rev Panam salud pública = Pan Am J public Heal*. 2004 Dec;16(6):378–86.
 36. Lund R, Nielsen KK, Hansen DH, Kriegbaum M, Molbo D, Due P, et al. Exposure to bullying at school and depression in adulthood: a study of Danish men born in 1953. *Eur J Public Health*. 2009 Jan;19(1):111–6.
 37. Gudmundsson P, Andersson S, Gustafson D, Waern M, Ostling S, Hällström T, et al. Depression in Swedish women: relationship to factors at birth. *Eur J Epidemiol*. 2011 Jan;26(1):55–60.
 38. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Mar;66(3):260–6.
 39. Khaled SM, Bulloch AG, Williams JVA, Hill JC, Lavorato DH, Patten SB. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence—evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *J Psychiatr Res*. 2012 Apr;46(4):436–43.
 40. Lucas M, Mirzaei F, Pan A, Okereke OI, Willett WC, O'Reilly ÉJ, et al. Coffee, caffeine, and risk of depression among women. *Arch Intern Med*. 2011 Sep;171(17):1571–8.
 41. Vink D, Aartsen MJ, Comijs HC, Heymans MW, Penninx BWJH, Stek ML, et al. Onset of anxiety and depression in the aging population: comparison of risk factors in a 9-year prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 Aug;17(8):642–52.
 42. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010 Aug;22(5):712–26.
 43. Lyness JM, Yu Q, Tang W, Tu X, Conwell Y. Risks for depression onset in primary care elderly patients: potential targets for preventive interventions. *Am J Psychiatry*. 2009 Dec;166(12):1375–83.
 44. Lucas M, Mekary R, Pan A, Mirzaei F, O'Reilly EJ, Willett WC, et al. Relation between clinical depression risk and physical activity and time spent watching television in older women: a 10-year prospective follow-up study. *Am J Epidemiol*. 2011 Nov;174(9):1017–27.
 45. Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N, Bohórquez P. A, Diazgranados F. N, Ospina García MB, Fernández C. Factores asociados al intento de suicidio en la población colombiana. *Rev Colomb Psiquiatr. Asociacion Colombiana de Psiquiatria*; 31(4):283–98.
 46. Rueda-Sánchez Mauricio, Díaz-Martínez Luis R-JG. Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Rev Colomb Psiquiat*. 2008;37(2):159–68.
 47. Kendler KS, Gardner CO. Dependent stressful life events and prior depressive episodes in the prediction of major depression: the problem of causal inference in psychiatric epidemiology. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Nov;67(11):1120–7.
 48. Colman I, Naicker K, Zeng Y, Atallahjan A, Senthilselvan A, Patten SB. Predictors of long-term prognosis of depression. *CMAJ*. 2011 Nov;183(17):1969–76.
 49. ten Doesschate MC, Bockting CLH, Koeter MWJ, Schene AH. Prediction of recurrence in recurrent depression: a 5.5-year prospective study. *J Clin Psychiatry*. 2010 Aug;71(8):984–91.
 50. Nierenberg AA, Husain MM, Trivedi MH, Fava M, Warden D, Wisniewski SR, et al. Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. *Psychol Med*. 2010 Jan;40(1):41–50.
 51. Melchior M, Ferrie JE, Alexanderson K, Goldberg M, Kivimaki M, Singh-Manoux A, et al. Using sickness absence records to predict future depression in a working population: prospective findings from the GAZEL cohort. *Am J Public Health*. 2009 Aug;99(8):1417–22.
 52. Orth U, Robins RW, Trzesniewski KH, Maes J, Schmitt M. Low self-esteem is a risk factor for depressive symptoms from young adulthood to old age. *J Abnorm Psychol*. 2009 Aug;118(3):472–8.
 53. Maselko J, Gilman SE, Buka S. Religious service attendance and spiritual well-being are differentially associated with risk of major depression. *Psychol Med*. 2009 Jun;39(6):1009–17.

54. Bellón JÁ, de Dios Luna J, King M, Moreno-Küstner B, Nazareth I, Montón-Franco C, et al. Predicting the onset of major depression in primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychol Med*. 2011 Oct;41(10):2075–88.
55. Jefferis BJ, Nazareth I, Marston L, Moreno-Kustner B, Bellón JÁ, Svab I, et al. Associations between unemployment and major depressive disorder: evidence from an international, prospective study (the predict cohort). *Soc Sci Med*. 2011 Dec;73(11):1627–34.
56. Canadian Task Force on Preventing Health Care. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ*. 2013;185(9):753–4.
57. U. S Preventing Services Task Force. Screening for Depression in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med*. 2009;151(11).
58. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh S V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *J Affect Disord*. 2009 Oct;117 Suppl:S5-14.
59. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010.
60. Davis LL, Frazier E, Husain MM, Warden D, Trivedi M, Fava M, et al. Substance use disorder comorbidity in major depressive disorder: a confirmatory analysis of the STAR*D cohort. *Am J Addict*. Jan;15(4):278–85.
61. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health Care Guideline: Adult Depression in Primary Care Guideline. Sixteenth. Bloomington; 2013. 131 p.
62. Chou K-L, Cheung KC-K. Major depressive disorder in vulnerable groups of older adults, their course and treatment, and psychiatric comorbidity. *Depress Anxiety*. 2013 Jun;30(6):528–37.
63. Gale CR, Sayer AA, Cooper C, Dennison EM, Starr JM, Whalley LJ, et al. Factors associated with symptoms of anxiety and depression in five cohorts of community-based older people: the HALCyon (Healthy Ageing across the Life Course) Programme. *Psychol Med*. 2011 Oct;41(10):2057–73.
64. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry*. 2000 Dec;177:486–92.
65. Paciente EL, Padece QUE, Trastorno UN, En P, Trabajo EL, Carlos J, et al. Diagnóstico Y Tratamiento.
66. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin M-P. Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *Am J Psychiatry*. 2004 Aug;161(8):1417–25.
67. Oquendo M, Brent DA, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Posttraumatic stress disorder comorbid with major depression: factors mediating the association with suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2005 Mar;162(3):560–6.
68. Beautrais AL, Collings SCD EP. Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention. Wellington: Ministry of Health; 2005.
69. Hawton K, van Heeringen K, WHO, WHO, Levi F, Vecchia C La, et al. Suicide. *Lancet* [Internet]. Elsevier; 2009 Apr [cited 2016 Jun 24];373(9672):1372–81. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067360960372X>
70. Holma KM, Melartin TK, Haukka J, Holma IAK, Sokero TP, Isometsä ET. Incidence and predictors of suicide attempts in DSM-IV major depressive disorder: A five-year prospective study. *Am J Psychiatry*. 2010;167(7):801–8.
71. Campos MS, Martínez-Larrea JA. [Affective disorders: analysis of their comorbidity in the more frequent psychiatric disorders]. *An Sist Sanit Navar*. 2002 Jan;25 Suppl 3:117–36.
72. Schoevers RA, Van HL, Koppelmans V, Kool S, Dekker JJ. Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs*. 2008 Jan;68(12):1621–34.
73. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med*. 2006 Nov;36(11):1523–33.
74. Vitriol V, Gomberoff M, Basualto ME, Ballesteros S. [Relationship between post-traumatic stress disorder, child sexual abuse and sexual re-victimization]. *Rev médica*

- Chile. 2006 Oct;134(10):1302–5.
75. Holtzheimer PE, Russo J, Zatzick D, Bundy C, Roy-Byrne PP. The impact of comorbid posttraumatic stress disorder on short-term clinical outcome in hospitalized patients with depression. *Am J Psychiatry*. 2005 May;162(5):970–6.
 76. Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry*. 1999 Jan;40(1):57–87.
 77. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry*. 2001 Sep;179:210–7.
 78. Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *Br J Psychiatry*. 2001 Sep;179:218–23.
 79. Lewinsohn PM, Pettit JW, Joiner TE, Seeley JR. The symptomatic expression of major depressive disorder in adolescents and young adults. *J Abnorm Psychol*. 2003 May;112(2):244–52.
 80. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnorm Psychol*. 1991 May;100(2):214–22.
 81. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Nov;35(11):1427–39.
 82. Anselmi L, Fleitlich-Bilyk B, Menezes AMB, Araújo CL, Rohde LA. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Jan;45(1):135–42.
 83. Managing bipolar disorder: misdiagnosis and quality of life. *Am J Manag Care*. 2005 Oct;11(9 Suppl):S267–70.
 84. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, editor. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. 436 p.
 85. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009 Apr;50(4):386–95.
 86. Merikangas K, Avenevoli S, Costello J, Koretz D, Kessler RC. National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): I. Background and measures. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Apr;48(4):367–9.
 87. Merikangas KR, He J-P, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Oct;49(10):980–9.
 88. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression in adults with a chronic physical health problem. The NICE Guideline of Treatment and Management. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2010. 422 p.
 89. The Management of MDD Working Group. Clinical Practice Guideline Management of Major Depressive Disorder (MDD) VA / DoD Evidence Based Practice. Version 2. Washington D.C: The Office of Quality and Performance; 2008. 202 p.
 90. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, Zometa CS, Hahn RA, McKnight-Eily LR, et al. Collaborative care to improve the management of depressive disorders: a community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med*. 2012 May;42(5):525–38.
 91. Aragonès E, López-Cortacans G, Sánchez-Iriso E, Piñol J-L, Caballero A, Salvador-Carulla L, et al. Cost-effectiveness analysis of a collaborative care programme for depression in primary care. *J Affect Disord*. 2014 Apr;159:85–93.
 92. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane database Syst Rev*. 2012 Jan;10:CD006525.
 93. Poobalan AS, Aucott LS, Ross L, Smith WCS, Helms PJ, Williams JHG. Effects of treating postnatal depression on mother-infant interaction and child development: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2007 Nov;191:378–86.
 94. Lam RW, Kennedy SH, Sareen J, Yatham LN. Why are there no treatment guidelines for mood disorders and comorbidities? *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):4–5.

95. McIntyre RS, Alsuwaidan M, Goldstein BI, Taylor VH, Schaffer A, Beaulieu S, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid metabolic disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):69–81.
96. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, Rector NA, McIntyre RS, Beaulieu S, et al. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012 Feb;24(1):6–22.
97. Marsh WK, Deligiannidis KM. Sex-related differences in antidepressant response: When to adjust treatment. *Curr Psychiatry*. 2010;9(5):25–30.
98. Chalder M, Wiles NJ, Campbell J, Hollinghurst SP, Searle A, Haase AM, et al. A pragmatic randomised controlled trial to evaluate the cost-effectiveness of a physical activity intervention as a treatment for depression: the treating depression with physical activity (TREAD) trial. *Health Technol Assess*. 2012 Jan;16(10):1–164, iii–iv.
99. Babyak M, Blumenthal JA, Herman S, Khatri P, Doraiswamy M, Moore K, et al. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosom Med*. Jan;62(5):633–8.
100. Dunn AL, Trivedi MH, Kampert JB, Clark CG, Chambliss HO. Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *Am J Prev Med*. 2005 Jan;28(1):1–8.
101. McCann IL, Holmes DS. Influence of aerobic exercise on depression. *J Pers Soc Psychol*. 1984 May;46(5):1142–7.
102. Singh NA, Clements KM, Fiatarone MA. A randomized controlled trial of progressive resistance training in depressed elders. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1997 Jan;52(1):M27–35.
103. Knubben K, Reischies FM, Adli M, Schlattmann P, Bauer M, Dimeo F. A randomised, controlled study on the effects of a short-term endurance training programme in patients with major depression. *Br J Sports Med*. 2007 Jan;41(1):29–33.
104. Krogh J, Nordentoft M, Sterne JAC, Lawlor DA. The effect of exercise in clinically depressed adults: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2011 Apr;72(4):529–38.
105. Mota-Pereira J, Silverio J, Carvalho S, Ribeiro JC, Fonte D, Ramos J. Moderate exercise improves depression parameters in treatment-resistant patients with major depressive disorder. *J Psychiatr Res*. 2011 Aug;45(8):1005–11.
106. Hoffman BM, Babyak MA, Craighead WE, Sherwood A, Doraiswamy PM, Coons MJ, et al. Exercise and pharmacotherapy in patients with major depression: one-year follow-up of the SMILE study. *Psychosom Med*. Jan;73(2):127–33.
107. Pinchasov BB, Shurgaja AM, Grischin O V, Putilov AA. Mood and energy regulation in seasonal and non-seasonal depression before and after midday treatment with physical exercise or bright light. *Psychiatry Res*. 2000 Apr;94(1):29–42.
108. Larun L, Nordheim L V, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane database of systematic reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1996. CD004691.
109. Daley A. Exercise and depression: a review of reviews. *J Clin Psychol Med Settings*. 2008 Jun;15(2):140–7.
110. Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane database Syst Rev*. 2009 Jan;(3):CD004366.
111. Mather AS, Rodriguez C, Guthrie MF, McHarg AM, Reid IC, McMurdo MET. Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2002 May;180:411–5.
112. Trivedi MH, Greer TL, Grannemann BD, Chambliss HO, Jordan AN. Exercise as an augmentation strategy for treatment of major depression. *J Psychiatr Pract*. 2006 Jul;12(4):205–13.
113. Harris AHS, Cronkite R, Moos R. Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *J Affect Disord*. 2006 Jul;93(1–3):79–85.
114. Lavretsky H, Alstein LL, Olmstead RE, Ercoli LM, Riparetti-Brown M, Cyr NS, et al. Complementary use of tai chi chih augments escitalopram treatment of geriatric depression: a randomized controlled trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011 Oct;19(10):839–50.
115. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jan;303(1):47–53.

116. Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv.* 2009 Mar;60(3):337–43.
117. Kwan BM, Dimidjian S, Rizvi SL. Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. *Behav Res Ther.* 2010 Aug;48(8):799–804.
118. Boyle A. A novel approach to the psychopharmacologic treatment of insomnia in depression. *Med Hypotheses.* 2004 Jan;63(1):26–30.
119. Manber R, Edinger JD, Gress JL, San Pedro-Salcedo MG, Kuo TF, Kalista T. Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep.* 2008 Apr;31(4):489–95.
120. Jindal RD. Insomnia in patients with depression: some pathophysiological and treatment considerations. *CNS Drugs.* 2009 Jan;23(4):309–29.
121. Cuijpers P, van Straten A, van Schaik A, Andersson G. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract.* 2009 Feb;59(559):e51–60.
122. Markowitz JC. When should psychotherapy be the treatment of choice for major depressive disorder? *Curr Psychiatry Rep.* 2008 Dec;10(6):452–7.
123. Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schütz CG, McIntyre RS, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry.* 2012 Feb;24(1):38–55.
124. Malhi GS, Adams D, Porter R, Wignall A, Lampe L, O'Connor N, et al. Clinical practice recommendations for depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2009 Jan;(439):8–26.
125. Maina G, Forner F, Bogetto F. Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychother Psychosom.* 2005 Jan;74(1):43–50.
126. Donker T, Griffiths KM, Cuijpers P, Christensen H. Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC Med.* 2009 Jan;7:79.
127. Barth J, Munder T, Gerger H, Nüesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med.* 2013 Jan;10(5):e1001454.
128. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* 2006 Jan;26(1):17–31.
129. Bockting CLH, Spinhoven P, Wouters LF, Koeter MWJ, Schene AH. Long-term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: a 5.5-year follow-up study. *J Clin Psychiatry.* 2009 Dec;70(12):1621–8.
130. Dekker JJM, Koelen JA, Van HL, Schoevers RA, Peen J, Hendriksen M, et al. Speed of action: the relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. *J Affect Disord.* 2008 Jul;109(1–2):183–8.
131. Salminen JK, Karlsson H, Hietala J, Kajander J, Aalto S, Markkula J, et al. Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: a randomized comparative study. *Psychother Psychosom.* 2008 Jan;77(6):351–7.
132. Guthrie E, Moorey J, Margison F, Barker H, Palmer S, McGrath G, et al. Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. *Arch Gen Psychiatry.* 1999 Jun;56(6):519–26.
133. Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression. *Psychol Med.* 2003 Feb;33(2):229–39.
134. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 Jul;61(7):714–9.
135. de Jonghe F, Hendriksen M, van Aalst G, Kool S, Peen V, Van R, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. *Br J Psychiatry.* 2004 Jul;185:37–45.
136. Oestergaard S, Møldrup C. Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: a meta-analysis. *J Affect Disord.* 2011 Jun;131(1–3):24–36.
137. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a



- meta-analysis. *Depress Anxiety*. 2009 Jan;26(3):279–88.
138. Cuijpers P, van Straten A, van Oppen P, Andersson G. Are psychological and pharmacologic interventions equally effective in the treatment of adult depressive disorders? A meta-analysis of comparative studies. *J Clin Psychiatry*. 2008 Nov;69(11):1675–85–41.
139. Reynolds CF, Dew MA, Martire LM, Miller MD, Cyranowski JM, Lenze E, et al. Treating depression to remission in older adults: a controlled evaluation of combined escitalopram with interpersonal psychotherapy versus escitalopram with depression care management. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Nov;25(11):1134–41.
140. Maina G, Rosso G, Bogetto F. Brief dynamic therapy combined with pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder: long-term results. *J Affect Disord*. 2009 Apr;114(1–3):200–7.
141. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry*. 2011 Dec;65(6):354–64.
142. Thase ME, Friedman ES, Biggs MM, Wisniewski SR, Trivedi MH, Luther JF, et al. Cognitive therapy versus medication in augmentation and switch strategies as second-step treatments: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2007 May;164(5):739–52.
143. Scott J, Teasdale JD, Paykel ES, Johnson AL, Abbott R, Hayhurst H, et al. Effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. *Br J Psychiatry*. 2000 Nov;177:440–6.
144. Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M. Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis*. 2008 Feb;196(2):136–43.
145. Kennedy SH, Segal Z V, Cohen NL, Levitan RD, Gemar M, Bagby RM. Lithium carbonate versus cognitive therapy as sequential combination treatment strategies in partial responders to antidepressant medication: an exploratory trial. *J Clin Psychiatry*. 2003 Apr;64(4):439–44.
146. Blackburn IM, Moore RG. Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br J Psychiatry*. 1997 Oct;171:328–34.
147. Wiles N, Thomas L, Abel A, Ridgway N, Turner N, Campbell J, et al. Cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for primary care based patients with treatment resistant depression: results of the CoBaIT randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*. 2013 Feb;381(9864):375–84.
148. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Apr;62(4):409–16.
149. Jakobsen JC, Hansen JL, Storebø OJ, Simonsen E, Gluud C. The effects of cognitive therapy versus "no intervention" for major depressive disorder. *PLoS One*. 2011 Jan;6(12):e28299.
150. Jakobsen JC, Lindschou Hansen J, Storebø OJ, Simonsen E, Gluud C. The effects of cognitive therapy versus "treatment as usual" in patients with major depressive disorder. *PLoS One*. 2011 Jan;6(8):e22890.
151. Feng C-Y, Chu H, Chen C-H, Chang Y-S, Chen T-H, Chou Y-H, et al. The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: a meta-analysis 2000–2010. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2012 Feb;9(1):2–17.
152. Britton WB, Shahar B, Szepeswol O, Jacobs WJ. Mindfulness-Based Cognitive Therapy Improves Emotional Reactivity to Social Stress: Results from a Randomized Controlled Trial. *Behav Ther*. 2012 Jun;43(2):365–80.
153. van Calker D, Zobel I, Dykieriek P, Deimel CM, Kech S, Lieb K, et al. Time course of response to antidepressants: predictive value of early improvement and effect of additional psychotherapy. *J Affect Disord*. 2009 Apr;114(1–3):243–53.
154. Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Guía de práctica clínica. Detección temprana y diagnóstico de depresión (episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente) en adultos. para pacientes y familiares. Bogotá- Colombia; 2013.
155. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide Life Threat Behav [Internet]*. 2007 Jun [cited 2016 Jun 21];37(3):264–77. Available from:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17579539>
156. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 1: Background, Rationale, and Methodology. *Suicide Life-Threatening Behav* [Internet]. Blackwell Publishing Ltd; 2007 Jun [cited 2016 Jun 21];37(3):248–63. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1521/suli.2007.37.3.248>
 157. Vega-Piñeiro M, Blasco-Fontecilla H, Baca-García E, Díaz-Sastre C. El suicidio. *Salud Glob*. 2002;(4):2–15.
 158. Guibert Reyes W, Del Cueto de Inastrilla ER. Factores psicosociales de riesgo de la conducta suicida. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 1999, Editorial Ciencias Médicas; 2003;19(5):0–0.
 159. Qin P, Agerbo E, Westergård-Nielsen N, Eriksson T, Mortensen PB. Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2000 Dec [cited 2016 Aug 15];177:546–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11104395>
 160. Serfaty E, Ustaran JK de, Andrade JH, D'Aquila H, Boffi-Boggero H, Masautis A, et al. Ideas de suicidio y factores de riesgo en varones con residencia en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, 1992. *Bol Acad Nac Med BAires*. 1994;72(1):233–45.
 161. World Health Organization (WHO)., SUPRE. PREVENTING SUICIDE. A Resource for Primary Health Care Workers. 2000;1–17.
 162. Grupo de trabajo sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. N°2007/09. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. 220 p.
 163. Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Benson RS, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov;46(11):1503–26.
 164. Gavin AR, Tabb KM, Melville JL, Guo Y, Katon W. Prevalence and correlates of suicidal ideation during pregnancy. *Arch Womens Ment Health*. 2011 Jun;14(3):239–46.
 165. da Silva RA, da Costa Ores L, Jansen K, da Silva Moraes IG, de Mattos Souza LD, Magalhães P, et al. Suicidality and associated factors in pregnant women in Brazil. *Community Ment Health J*. 2012 Jun;48(3):392–5.
 166. Rihmer Z, Akiskal H. Do antidepressants t(h)reat(en) depressives? Toward a clinically judicious formulation of the antidepressant-suicidality FDA advisory in light of declining national suicide statistics from many countries. *J Affect Disord*. 2006 Aug;94(1–3):3–13.
 167. NICE. Self-harm: short-term treatment and management. 2011 [cited 2016 Jun 21]; Available from: www.nice.org.uk/guidance/CG133
 168. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Prevención del suicidio. Orientaciones para su Implementación. MINSAL; 2013. 72 p.
 169. Appleby L, Shaw J, Amos T, McDonnell R, Harris C, McCann K, et al. Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ* [Internet]. BMJ Group; 1999 May 8 [cited 2016 Jun 22];318(7193):1235–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10231250>
 170. Appleby L, Dennehy JA, Thomas CS, Faragher EB, Lewis G. Aftercare and clinical characteristics of people with mental illness who commit suicide: a case-control study. *Lancet* (London, England) [Internet]. 1999 Apr 24 [cited 2016 Jun 22];353(9162):1397–400. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10227220>
 171. Mitchell AJ, Dennis M. Self harm and attempted suicide in adults: 10 practical questions and answers for emergency department staff. *Emerg Med J* [Internet]. 2006 Apr [cited 2016 Jun 22];23(4):251–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16549567>
 172. Knox DK, Holloman GH. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med* [Internet]. 2012 Feb [cited 2016 Apr 16];13(1):35–40. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3298214&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 173. Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths Due to Physical Restraint. *Dtsch Arztebl Int*. 2012;109(3):27–32.
 174. Carcoba N, García C, Guevara C. Contención mecánica en urgencias. *Nure Investig*. 2012;60:1–7.

175. Möller H-J, Schmidtke A, Welz R, editors. Current Issues of Suicidology [Internet]. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 1988 [cited 2016 Jun 24]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-73358-1>
176. (UK) NCC for MH. Self-Harm [Internet]. Self-Harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care. British Psychological Society; 2004 [cited 2016 Jun 24]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21834185>
177. Raffo S. Intervención en Crisis. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental Sur. 2005.
178. Slalkeu K. Intervención en crisis. Manual Moderno. México D.F.; 1988.
179. Linehan MM, Armstrong HE, Alejandra S, Douglas A, Heard HL. Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients. Arch Gen Psychiatry. 1991;48.
180. Feixas i Viaplana G 1961-, Miró MTMB. Aproximaciones a la psicoterapia : una introducción a los tratamientos psicológicos. Paidós Ibérica; 1993.
181. Gregory RJ, Remen AL. A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. Psychotherapy (Chic) [Internet]. 2008 Mar [cited 2016 Jun 24];45(1):15–27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22122362>
182. Ernst CL, Goldberg JF. Antisucide properties of psychotropic drugs: a critical review. Harv Rev Psychiatry [Internet]. [cited 2016 Jun 24];12(1):14–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14965852>
183. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Horton L, Ph D, Pfeffer CR. Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. Am Psychiatr Assoc Pract Guidel. 2003;
184. Hawton K, Arensman E, Townsend E, Bremner S, Feldman E, Goldney R, et al. Deliberate self harm: systematic review of efficacy of psychosocial and pharmacological treatments in preventing repetition. BMJ [Internet]. 1998 Aug 15 [cited 2016 Jun 24];317(7156):441–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9703526>
185. Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. JAMA [Internet]. 2004 Mar 3 [cited 2016 Jun 24];291(9):1081–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14996777>
186. Gibbons RD, Brown CH, Hur K, Marcus SM, Bhaumik DK, Mann JJ. Relationship between antidepressants and suicide attempts: an analysis of the Veterans Health Administration data sets. Am J Psychiatry [Internet]. 2007 Jul [cited 2016 Jun 24];164(7):1044–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17606656>
187. Zisook S, Trivedi MH, Warden D, Lebowitz B, Thase ME, Stewart JW, et al. Clinical correlates of the worsening or emergence of suicidal ideation during SSRI treatment of depression: an examination of citalopram in the STAR*D study. J Affect Disord [Internet]. 2009 Sep [cited 2016 Jun 24];117(1–2):63–73. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19217668>
188. Müller-Oerlinghausen B. Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci [Internet]. Steinkopff-Verlag; 2001 Jun [cited 2016 Jun 24];251(S2):72–5. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/BF03035132>
189. Tondo L, Baldessarini RJ. Long-term lithium treatment in the prevention of suicidal behavior in bipolar disorder patients. Epidemiol Psichiatr Soc [Internet]. [cited 2016 Jun 24];18(3):179–83. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20034193>
190. Koldobsky M. Terapéutica farmacológica de los desordenes de la personalidad. 2002;6(4).
191. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. Bipolar Disord [Internet]. Blackwell Publishing Ltd; 2006 Oct [cited 2016 Jun 24];8(5p2):625–39. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1399-5618.2006.00344.x>
192. Baldessarini R, Tondo L. Suicidal Risks during Treatment of Bipolar Disorder Patients with Lithium versus Anticonvulsants. Pharmacopsychiatry [Internet]. © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York; 2009 Mar 23 [cited 2016 Jun 24];42(2):72–5. Available from: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0028-1103291>
193. Sernyak MJ, Desai R, Stolar M, Rosenheck R. Impact of clozapine on completed suicide. Am J Psychiatry [Internet]. 2001 Jun [cited 2016 Jun 24];158(6):931–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11384902>
194. Meltzer HY, Alphs L, Green AI, Altamura AC, Anand R, Bertoldi A, et al. Clozapine

- treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2003 Jan [cited 2016 Jun 24];60(1):82–91. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12511175>
195. Sakinofsky I. Treating suicidality in depressive illness. Part I: current controversies. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2007 Jun [cited 2016 Jun 24];52(6 Suppl 1):71S–84S. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17824354>
 196. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. 2004;
 197. Magellan Health Services. Magellan Clinical Practice Guideline for Assessing and Managing the Suicidal Patient. 2010;
 198. Pompili M, Tatarelli R. Suicidio e suicidologia: uno sguardo al futuro. *Riv di Psichiatr Psicol e Psicofarmacol* [Internet]. 2007;48(1):99–118. Available from: <http://www.minervamedica.it/it/riviste/minerva-psichiatrica/articolo.php?cod=R17Y2007N01A0099>
 199. Saunders KEA, Hawton K. The role of psychopharmacology in suicide prevention. *Epidemiol Psichiatr Soc* [Internet]. [cited 2016 Jun 24];18(3):172–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20034192>
 200. Wagstaff A, Perry C. Clozapine: in prevention of suicide in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *CNS Drugs* [Internet]. 2003 [cited 2016 Jun 24];17(4):273–80-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12665398>
 201. Reeves H, Batra S, May RS, Zhang R, Dahl DC, Li X. Efficacy of risperidone augmentation to antidepressants in the management of suicidality in major depressive disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2008 Aug [cited 2016 Jun 24];69(8):1228–336. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18681749>
 202. Papakostas GI, Perlis RH, Seifert C, Fava M. Antidepressant dose reduction and the risk of relapse in major depressive disorder. *Psychother Psychosom*. 2007 Jan;76(5):266–70.
 203. Papakostas GI, Perlis RH, Scalia MJ, Petersen TJ, Fava M. A meta-analysis of early sustained response rates between antidepressants and placebo for the treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2006 Feb;26(1):56–60.
 204. Whyte EM, Dew MA, Gildengers A, Lenze EJ, Bharucha A, Mulsant BH, et al. Time course of response to antidepressants in late-life major depression: therapeutic implications. *Drugs Aging*. 2004 Jan;21(8):531–54.
 205. Dunne RA, McLoughlin DM. Systematic review and meta-analysis of bifrontal electroconvulsive therapy versus bilateral and unilateral electroconvulsive therapy in depression. *World J Biol Psychiatry*. 2012 Apr;13(4):248–58.
 206. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2003 Mar;361(9360):799–808.
 207. Navarro V, Gastó C, Torres X, Masana G, Penadés R, Guarch J, et al. Continuation/Maintenance Treatment with Nortriptyline Versus Combined Nortriptyline and ECT in Late-Life Psychotic Depression: A Two-Year Randomized Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Jun;16(6):498–505.
 208. Kellner CH, Knapp RG, Petrides G, Rummans TA, Husain MM, Rasmussen K, et al. Continuation electroconvulsive therapy vs pharmacotherapy for relapse prevention in major depression: a multisite study from the Consortium for Research in Electroconvulsive Therapy (CORE). *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Dec;63(12):1337–44.
 209. Martin JL, Barbanoj MJ, Schlaepfer TE, Clos S, Perez V, Kulisevsky J, et al. Transcranial magnetic stimulation for treating depression. *Cochrane database Syst Rev*. 2002 Jan;(2):CD003493.
 210. Herrmann LL, Ebmeier KP. Factors modifying the efficacy of transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression: a review. *J Clin Psychiatry*. 2006 Dec;67(12):1870–6.
 211. McDonald WM, Easley K, Byrd EH, Holtzheimer P, Tuohy S, Woodard JL, et al. Combination rapid transcranial magnetic stimulation in treatment refractory depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006 Mar;2(1):85–94.
 212. Slotema CW, Blom JD, Hoek HW, Sommer IEC. Should We Expand the Toolbox of Psychiatric Treatment Methods to Include Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS)? *J Clin Psychiatry*. 2010 Jul;71(7):873–84.
 213. Berlim MT, Van den Eynde F, Daskalakis ZJ. Efficacy and acceptability of high

- frequency repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) versus electroconvulsive therapy (ECT) for major depression: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Depress Anxiety*. 2013 Jul;30(7):614–23.
214. Triñanes Yolanda, Boubeta Rial, Álvarez María, de las Heras elena, Atienza Gerardo L-GM. ¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias*. Santiago de Compostela: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia; 2014. 138 p.
215. Oliffe JL, Kelly MT, Bottorff JL, Johnson JL, Wong ST. "He's more typically female because he's not afraid to cry": connecting heterosexual gender relations and men's depression. *Soc Sci Med*. 2011 Sep;73(5):775–82.
216. Uebelacker LA, Marootian BA, Pirraglia PA, Primack J, Tigue PM, Haggarty R, et al. Barriers and Facilitators of Treatment for Depression in a Latino Community: A Focus Group Study. *Community Ment Health J*. 2011 Jan;48(1):114–26.
217. Schofield P, Crosland A, Waheed W, Waquas A, Aseem S, Gask L, et al. Patients' views of antidepressants: from first experiences to becoming expert. *Br J Gen Pract*. 2011 Apr;61(585):142–8.
218. Ahlström BH, Skärsäter I DE. The meaning of major depression in family life: the viewpoint of the ill parent. *J Clin Nurs*. 2010 Jan;19(1–2):284–93.
219. Ahlström BH, Skärsäter I, Danielson E. Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scand J Caring Sci*. 2009 Jun;23(2):309–16.
220. van Geffen ECG, Hermsen JHCM, Heerdink ER, Egberts ACG, Verbeek-Heida PM, van Hulten R. The decision to continue or discontinue treatment: experiences and beliefs of users of selective serotonin-reuptake inhibitors in the initial months--a qualitative study. *Res Social Adm Pharm*. 2011 Jun;7(2):134–50.
221. Pohjanoksa-Mäntylä M, Saari JK, Närhi U, Karjalainen A, Pylkkänen K, Airaksinen MS, et al. How and why do people with depression access and utilize online drug information: a qualitative study. *J Affect Disord*. 2009 Apr;114(1–3):333–9.
222. Bledsoe S, Grote N. Treating depression during pregnancy and the postpartum: a preliminary meta-analysis. *Centre for Reviews and Dissemination (UK)*; 2006.
223. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of perinatal mood disorders. SIGN publication no.127. 2012.
224. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry*. Jan;31(5):403–13.
225. Jadresic M E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuropsiquiatr. Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía*; 2010 Dec;48(4):269–78.
226. Addis A, Koren G. Safety of fluoxetine during the first trimester of pregnancy: a meta-analytical review of epidemiological studies. *Psychol Med*. 2000 Jan;30(1):89–94.
227. Chambers CD, Johnson KA, Dick LM, Felix RJ, Jones KL. Birth outcomes in pregnant women taking fluoxetine. *N Engl J Med*. 1996 Oct;335(14):1010–5.
228. Caballero L, Aragonès E, García-Campayo J, Rodríguez-Artalejo F, Ayuso-Mateos JL, Polavieja P, et al. Prevalence, characteristics, and attribution of somatic symptoms in Spanish patients with major depressive disorder seeking primary health care. *Psychosomatics*. Jan;49(6):520–9.
229. Guelfi JD, Rousseau C, Lancrenon S. Depression and associated organic diseases: are there any specific depressive symptoms? Results from the dialogue-2 survey. *Eur Psychiatry*. 2004 Nov;19(7):446–9.
230. Hawk C, Jason LA, Torres-Harding S. Differential diagnosis of chronic fatigue syndrome and major depressive disorder. *Int J Behav Med*. 2006 Jan;13(3):244–51.
231. Lawrie SM, MacHale SM, Cavanagh JT, O'Carroll RE, Goodwin GM. The difference in patterns of motor and cognitive function in chronic fatigue syndrome and severe depressive illness. *Psychol Med*. 2000 Mar;30(2):433–42.
232. Koho M. Depression Associated with Physical Illness. *JMAJ*. 2001;44(6):279–82.
233. Mussell M, Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Herzog W, Löwe B. Gastrointestinal symptoms in primary care: Prevalence and association with depression and anxiety. *J Psychosom Res*. 2008 Jun;64(6):605–12.
234. Claudia D. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2008;19:339–46.
235. Barkin RL, Schwer WA, Barkin SJ. Recognition and management of depression in

- primary care: a focus on the elderly. A pharmacotherapeutic overview of the selection process among the traditional and new antidepressants. *Am J Ther*. 2000 May;7(3):205–26.
236. Urrútia G, Bonfill X. [PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses]. *Med Clin (Barc)* [Internet]. Elsevier; 2010 Oct 9 [cited 2014 Jul 12];135(11):507–11. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-declaracion-prisma-una-propuesta-mejorar-13155658>
 237. Warmerdam L, van Straten A, Jongsma J, Twisk J, Cuijpers P. Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *J Behav Ther Exp Psychiatry* [Internet]. 2010 Mar [cited 2016 Jun 23];41(1):64–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19913781>
 238. Vernmark K, Lenndin J, Bjärehed J, Carlsson M, Karlsson J, Oberg J, et al. Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behav Res Ther* [Internet]. 2010 May [cited 2016 Jun 23];48(5):368–76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20152960>
 239. Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2009 Aug 22 [cited 2016 Jun 23];374(9690):628–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19700005>
 240. Johansson R, Sjöberg E, Sjögren M, Johnsson E, Carlbring P, Andersson T, et al. Tailored vs. Standardized Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Depression and Comorbid Symptoms: A Randomized Controlled Trial. Bruce A, editor. *PLoS One* [Internet]. Public Library of Science; 2012 May 15 [cited 2016 Jun 23];7(5):e36905. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0036905>
 241. Titov N, Andrews G, Davies M, McIntyre K, Robinson E, Solley K. Internet Treatment for Depression: A Randomized Controlled Trial Comparing Clinician vs. Technician Assistance. García AV, editor. *PLoS One* [Internet]. Public Library of Science; 2010 Jun 8 [cited 2016 Jun 23];5(6):e10939. Available from: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0010939>
 242. Watkins ER, Taylor RS, Byng R, Baeyens C, Read R, Pearson K, et al. Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care: a Phase II randomized controlled trial. *Psychol Med* [Internet]. 2012 Jul [cited 2016 Jun 23];42(7):1359–71. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085757>
 243. Tarrier N, Taylor K, Gooding P. Cognitive-behavioral interventions to reduce suicide behavior: a systematic review and meta-analysis. *Behav Modif* [Internet]. 2008 Jan [cited 2016 Jun 24];32(1):77–108. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18096973>
 244. Unützer J, Tang L, Oishi S, Katon W, Williams JW, Hunkeler E, et al. Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2006 Oct [cited 2016 Jun 24];54(10):1550–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17038073>
 245. Davidson K, Norrie J, Tyrer P, Gumley A, Tata P, Murray H, et al. The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *J Pers Disord* [Internet]. 2006 Oct [cited 2016 Jun 24];20(5):450–65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17032158>
 246. Slee N, Garnefski N, van der Leeden R, Arensman E, Spinhoven P. Cognitive-behavioural intervention for self-harm: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2008 Mar [cited 2016 Jun 24];192(3):202–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18310581>
 247. Bateman K, Hansen L, Turkington D, Kingdon D. Cognitive behavioral therapy reduces suicidal ideation in schizophrenia: results from a randomized controlled trial. *Suicide Life Threat Behav* [Internet]. 2007 Jun [cited 2016 Jun 24];37(3):284–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17579541>
 248. Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2007 Jun [cited 2016 Jun 24];164(6):922–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17541052>
 249. Guthrie E, Kapur N, Mackway-Jones K, Chew-Graham C, Moorey J, Mendel E, et al.

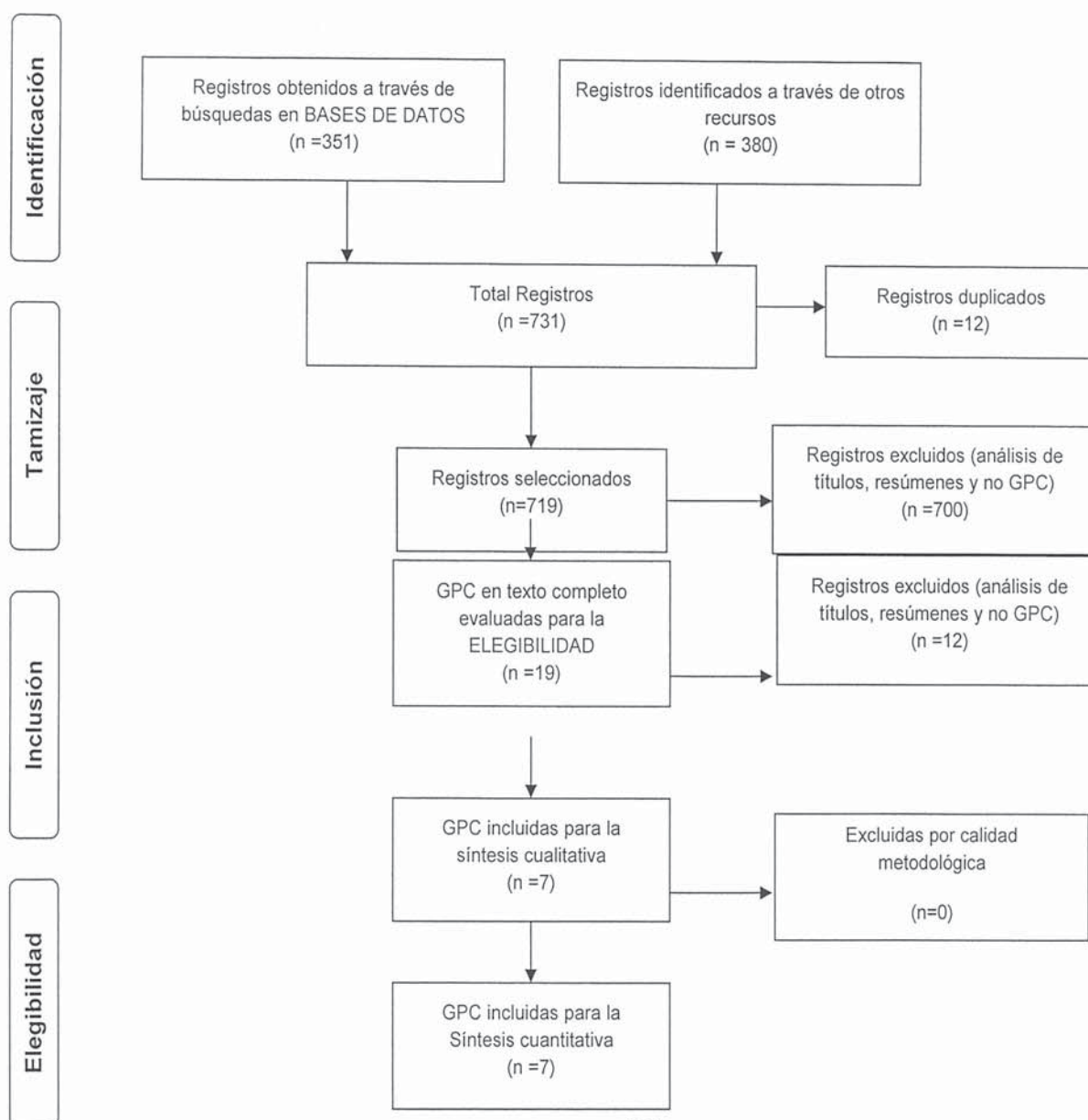


- Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* [Internet]. 2001 Jul 21 [cited 2016 Jun 24];323(7305):135–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11463679>
250. Tang T-C, Jou S-H, Ko C-H, Huang S-Y, Yen C-F. Randomized study of school-based intensive interpersonal psychotherapy for depressed adolescents with suicidal risk and parasuicide behaviors. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2009 Aug [cited 2016 Jun 24];63(4):463–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19531111>
251. Gregory RJ, Remen AL, Soderberg M, Ploutz-Snyder RJ. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: six-month outcome. *J Am Psychoanal Assoc* [Internet]. 2009 Feb [cited 2016 Jun 24];57(1):199–205. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19270255>
252. Lauterbach E, Felber W, Müller-Oerlinghausen B, Ahrens B, Bronisch T, Meyer T, et al. Adjunctive lithium treatment in the prevention of suicidal behaviour in depressive disorders: a randomised, placebo-controlled, 1-year trial. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2008 Dec [cited 2016 Jun 24];118(6):469–79. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18808400>
253. Brådvik L, Berglund M. Long-term treatment and suicidal behavior in severe depression: ECT and antidepressant pharmacotherapy may have different effects on the occurrence and seriousness of suicide attempts. *Depress Anxiety* [Internet]. 2006 [cited 2016 Jun 24];23(1):34–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16315268>
254. Kellner CH, Fink M, Knapp R, Petrides G, Husain M, Rummans T, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT: a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2005 May [cited 2016 Jun 24];162(5):977–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15863801>
255. Generalitat Valenciana. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2006. 171 p.
256. Mahmoud RA, Pandina GJ, Turkoz I, Kosik-Gonzalez C, Canuso CM, Kujawa MJ, et al. Risperidone for treatment-refractory major depressive disorder: a randomized trial. *Ann Intern Med* [Internet]. 2007 Nov 6 [cited 2016 Jun 24];147(9):593–602. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17975181>
257. Keitner GI, Garlow SJ, Ryan CE, Ninan PT, Solomon DA, Nemeroff CB, et al. A randomized, placebo-controlled trial of risperidone augmentation for patients with difficult-to-treat unipolar, non-psychotic major depression. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2009 Jan [cited 2016 Jun 24];43(3):205–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18586273>
258. Fang Y, Yuan C, Xu Y, Chen J, Wu Z, Cao L, et al. A pilot study of the efficacy and safety of paroxetine augmented with risperidone, valproate, buspirone, trazodone, or thyroid hormone in adult Chinese patients with treatment-resistant major depression. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2011 Oct [cited 2016 Jun 23];31(5):638–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21869688>
259. Shelton RC, Williamson DJ, Corya SA, Sanger TM, Van Campen LE, Case M, et al. Olanzapine/fluoxetine combination for treatment-resistant depression: A controlled study of SSRI and nortriptyline resistance. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2005 Oct [cited 2016 Jun 23];66(10):1289–97. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16259543>
260. Thase ME, Corya SA, Osuntokun O, Case M, Henley DB, Sanger TM, et al. A randomized, double-blind comparison of olanzapine/fluoxetine combination, olanzapine, and fluoxetine in treatment-resistant major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2007 Feb [cited 2016 Jun 23];68(2):224–36. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17335320>
261. McIntyre A, Gendron A, McIntyre A. Quetiapine adjunct to selective serotonin reuptake inhibitors or venlafaxine in patients with major depression, comorbid anxiety, and residual depressive symptoms: a randomized, placebo-controlled pilot study. *Depress Anxiety* [Internet]. 2007 [cited 2016 Jun 23];24(7):487–94. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17177199>
262. Bauer M, El-Khalili N, Datto C, Szamosi J, Eriksson H. A pooled analysis of two randomised, placebo-controlled studies of extended release quetiapine fumarate adjunctive to antidepressant therapy in patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* [Internet]. 2010 Dec [cited 2016 Jun 23];127(1–3):19–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884063>

263. Dorée J-P, Des Rosiers J, Lew V, Gendron A, Elie R, Stip E, et al. Quetiapine augmentation of treatment-resistant depression: a comparison with lithium. *Curr Med Res Opin* [Internet]. 2007 Feb [cited 2016 Jun 23];23(2):333–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17288688>
264. Gervasoni N, Aubry J-M, Gex-Fabry M, Bertschy G, Bondolfi G. Is there a place for tricyclic antidepressants and subsequent augmentation strategies in obtaining remission for patients with treatment resistant depression? *Pharmacol Res* [Internet]. 2009 Mar [cited 2017 Jan 5];59(3):202–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19073260>
265. Ramos-Brieva JA, Cordero Villafáfila A. [Validation of the Castilian version of the Hamilton Rating Scale for Depression]. *Actas luso-españolas Neurol Psiquiatr y ciencias afines*. Jan;14(4):324–34.
266. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E. [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales]. *Med Clin (Barc)*. 2002 Apr;118(13):493–9.
267. Bobes J, G.-Portilla M, Bascarán MT, Sáiz P, Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 2nd ed. Edición 2a, editor. Barcelona: Ars Medica; 2002. 131 p.
268. Consejo Nacional de Salud. Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos. Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y Registro Terapéutico. Novena. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2014. 894 p.

16. Anexos

Anexo 1. Resumen de la búsqueda de información científica



Basado en la herramienta PRISMA. Fuente: Urrutia G & Bonfill X (2010). ⁽²³⁶⁾



Anexo 2. Evidencia sobre la eficacia de las diferentes intervenciones psicológicas en pacientes con depresión

Evidencia de la eficacia de las diferentes intervenciones psicológicas en pacientes con depresión ⁽³⁾	
Terapias cognitivo-conductuales	
La terapia cognitiva conductual (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 terapia cognitiva conductual (TCC).	la
La terapia cognitiva conductual (TCC) presentó menor riesgo de discontinuación, en términos de abandono precoz del tratamiento, que el tratamiento antidepresivo farmacológico, y menores tasas de recaídas al año de seguimiento.	la
El tratamiento combinado de terapia cognitiva conductual (TCC) + antidepresivos tiene menor riesgo de discontinuación que los antidepresivos solos y reduce de forma significativa la puntuación en escalas tanto autoaplicadas como heteroaplicadas. Sin embargo, no se observó ningún beneficio en añadir tratamiento antidepresivo a la terapia cognitiva conductual (TCC) al finalizar el tratamiento o al mes. La evidencia de eficacia del tratamiento combinado a 6 y 12 meses es limitada.	la
La terapia cognitiva conductual (TCC) en formato grupal (programa Coping with Depression Programme), en comparación con estar en lista de espera o tratamiento habitual, redujo significativamente la puntuación de escalas de depresión al final del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento.	la
Un ensayo clínico aleatorizado 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.	la
Activación conductual	
En comparación con la terapia breve, la activación conductual tiene menor riesgo de discontinuación y frente a la terapia de apoyo, obtuvo mejores resultados en las puntuaciones de la escala BDI al final del tratamiento.	la
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.	la
En pacientes con depresión moderada-grave, no se encontraron diferencias significativas entre la activación conductual y el tratamiento antidepresivo en el riesgo de discontinuación, puntuaciones en las escalas de depresión o número de recaídas al año de tratamiento	la
Terapia incluyendo 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.	la
En comparación con la lista de espera, dos estudios encontraron que la terapia incluyendo a la pareja redujo de forma significativa la puntuación de escalas de depresión autoaplicadas al final del tratamiento	la
Terapia interpersonal	
En comparación con los cuidados habituales en atención primaria (incluyendo medicación), cuatro estudios mostraron un efecto significativo de la terapia interpersonal (TIP) sobre las puntuaciones de escalas de depresión autoaplicadas al final del tratamiento y a los 3 y 9 meses de seguimiento, y sobre escalas heteroaplicadas a los 3 y 9 meses.	la
Dos estudios que compararon la terapia interpersonal (TIP) con el tratamiento antidepresivo farmacológico no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en las escalas BDI y HRSD al final del tratamiento	la
En un estudio, la combinación de terapia interpersonal (TIP) más antidepresivos disminuyó significativamente las puntuaciones de escalas de depresión heteroaplicadas cuando se comparó con la terapia interpersonal (TIP) sola, y en otro estudio, el tratamiento combinado en comparación con sólo antidepresivos mostró un efecto significativo en las puntuaciones de escalas de depresión heteroaplicadas al final del tratamiento	la
Terapia psicodinámica breve	
La terapia psicodinámica breve es menos eficaz que los fármacos antidepresivos en reducir las puntuaciones de escalas de depresión heteroaplicadas al final del tratamiento. ⁽²⁾	la
En comparación con la activación conductual, la terapia psicodinámica breve presenta un elevado y significativo riesgo de discontinuación, mientras que en comparación con la lista de espera, un estudio mostró un significativo efecto sobre las puntuaciones de escalas de depresión heteroaplicadas y un efecto similar al compararla con la terapia de apoyo. ⁽²⁾	la
En pacientes con depresión menor o distimia, añadir terapia psicodinámica al tratamiento antidepresivo reduce significativamente las puntuaciones de escalas de depresión heteroaplicadas a los 24 y 48 meses de seguimiento, en comparación con sólo tratamiento farmacológico. ⁽²⁾	la
Terapia cognitivo-conductual computarizada (TCC-C)	
Existe evidencia de eficacia en la mejoría de síntomas depresivos a corto plazo de la terapia cognitivo-conductual computarizada (TCC-C) en comparación con la terapia cognitiva conductual grupal (TCC-G), terapia de solución de problemas, tratamiento habitual, psicoeducación, grupo de discusión y lista de espera. (2,237–239)	la



El tratamiento individualizado, en el que el terapeuta adapta los contenidos, es más eficaz que el tratamiento terapia cognitivo-conductual computarizada (TCC-C) estandarizado, sobre todo en pacientes con mayor gravedad de depresión y presencia de comorbilidad. ⁽²⁴⁰⁾ En comparación con la lista de espera, tanto la terapia cognitivo-conductual computarizada (TCC-C) con la participación de clínicos como la llevada a cabo por técnicos supervisados obtuvieron una reducción significativa de síntomas de depresión. ⁽²⁴¹⁾	la
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. ⁽²⁾	la
La autoayuda guiada con apoyo individual de corta duración es más eficaz que la de larga duración y no existe evidencia concluyente sobre la autoayuda guiada con apoyo en formato grupal. ⁽²⁾	la
La autoayuda guiada y la relajación unidos al tratamiento habitual de la depresión mejoraron significativamente los síntomas depresivos medidos con la HRSD y las distorsiones cognitivas. No se encontraron diferencias entre ambas intervenciones (tratamiento habitual+autoayuda vs tratamiento habitual+relajación). ⁽²⁴²⁾	la

Anexo 3. Tipos de psicoterapias para depresión

Tipo de Terapia	Características
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	Terapia psicológica donde el paciente trabaja en colaboración con el médico para identificar los tipos de pensamientos, creencias, interpretaciones y sus efectos en los síntomas actuales, los sentimientos o las áreas problemáticas. El paciente desarrolla habilidades para identificar, monitorizar, y contrarrestar apropiadamente los pensamientos, creencias y las interpretaciones problemáticas relacionadas con los síntomas.
Psicoterapia interpersonal (TIP)	Su enfoque se centra en las relaciones actuales y en los procesos interpersonales. Esta terapia se enfoca en las dificultades que surgen en la experiencia diaria de las relaciones interpersonales y la resolución de dificultades durante el episodio depresivo. Las principales tareas se relacionan con ayudar a los pacientes a aprender a vincular su afecto con sus contactos interpersonales y a reconocer que, mediante el adecuado manejo de las situaciones interpersonales, pueden mejorar tanto sus relaciones como su estado depresivo.
Psicoterapia psicodinámica	Se define como una intervención psicológica derivada de un modelo psicodinámico/psicoanalítico, y donde el terapeuta y el paciente exploran y trabajan sobre los conflictos y sobre cómo estos se hallan representados en las situaciones actuales y en las relaciones, incluida la relación terapéutica. Esto genera una oportunidad para que los pacientes exploren sus sentimientos y sus conflictos, conscientes e inconscientes, que se originan en el pasado, mediante un enfoque técnico en la interpretación y el trabajo a través de los conflictos
Activación comportamental	Tratamiento mediante el cual la persona con depresión y el terapeuta trabajan en conjunto para identificar el efecto de la conducta en los síntomas, los sentimientos y los problemas. Fomentar el desarrollo de conductas más positivas, como la planificación de actividades y la realización de actividades constructivas que usualmente son evitadas.
Psicoterapia grupal	Este enfoque tiene un fuerte componente psicoeducativo. Se centra en la enseñanza a los pacientes de las técnicas y las estrategias para hacer frente a los problemas que, se supone, están relacionados con su depresión. Tales estrategias incluyen la mejoría de las habilidades sociales, el abordaje de los pensamientos negativos, el aumento en las actividades placenteras y el entrenamiento de relajación. Los grupos son altamente estructurados, y, por lo general, consiste en seis a diez adultos y dos líderes de grupo.

Fuente: Guía de Práctica Clínica de Detección Temprana y Diagnóstico del Episodio Depresivo y Trastorno Depresivo recurrente en Adultos, Bogotá, 2013. ⁽⁴⁾ Elaboración propia.

Anexo 4. Evidencia sobre la seguridad, eficacia, dosis, duración y uso de antidepresivos para prevención de recaídas

Eficacia y seguridad de los ISRS y otros antidepresivos de nueva generación	Nivel
Al comparar la eficacia de los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) entre sí, se han observado algunas diferencias estadísticamente significativas, aunque de dudosa relevancia clínica. La comparación entre diferentes ISRS (escitalopram* vs paroxetina*, fluoxetina vs sertralina, y fluvoxamina* vs sertralina) no ha mostrado diferencias significativas en el mantenimiento de la respuesta o en alcanzar la remisión. ⁽³⁾	Ib
No se han observado diferencias significativas en la eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) frente a otros antidepresivos de segunda generación (IRDN, ISRN, ASIR, NaSSA). ⁽³⁾	Ib
Aunque algunos estudios han señalado que la mirtazapina* podría presentar mayor rapidez de acción que otros inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) (citalopram*, fluoxetina, paroxetina* y sertralina), su eficacia antidepresiva no es mayor. La tasa de respuesta es similar a las 4 semanas y para encontrar una respuesta adicional en la primera o segunda semana, el número de pacientes necesarios a tratar es de 7. ⁽³⁾	Ib
La comparación entre antidepresivos de segunda generación (duloxetina* vs desvenlafaxina*, mirtazapina* vs desvenlafaxina*, mirtazapina* vs trazodona*, venlafaxina* vs bupropion y bupropion vs trazodona*) no mostró diferencias significativas en la tasa de respuesta. Tampoco entre la trazodona* y la venlafaxina* en la prevención de recaídas o recurrencias. ⁽³⁾	Ib
La comparación entre antidepresivos de segunda generación (duloxetina* vs desvenlafaxina*, mirtazapina* vs desvenlafaxina*, mirtazapina* vs trazodona*, venlafaxina* vs bupropion* y bupropion* vs trazodona*) no mostró diferencias significativas en la tasa de respuesta. Tampoco entre la trazodona* y la venlafaxina* en la prevención de recaídas o recurrencias. ⁽³⁾	Ib
La comparación entre diferentes inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) y la venlafaxina* XR no mostró diferencias en las tasas de remisión, aunque algunas variables secundarias fueron favorables a la venlafaxina* XR. ⁽³⁾	Ib
No se encontraron diferencias en la eficacia entre los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) y la duloxetina*. ⁽³⁾	Ib
En pacientes con depresión mayor y elevado riesgo de suicidio, no se encontraron diferencias entre la paroxetina* y el bupropion* en la conducta suicida ni en la gravedad de la depresión, aunque los pacientes con mayores niveles de ideación suicida al inicio del estudio y tratados con paroxetina* obtuvieron una mejoría significativa en comparación con los tratados con bupropion*. ⁽³⁾	Ib
Los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS) y antidepresivos de segunda generación no parecen asociarse a un incremento del riesgo de suicidio en adultos. ⁽³⁾	Ib

*Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Eficacia y seguridad de los antidepresivos tricíclicos	Nivel
Los antidepresivos tricíclicos presentan mayor probabilidad de provocar efectos secundarios y de abandono precoz del tratamiento. ⁽³⁾	Ib
Los antidepresivos tricíclicos muestran mayor eficacia que cada uno de los distintos grupos de antidepresivos y que el conjunto de ellos. ⁽³⁾	Ib
De entre todos los antidepresivos tricíclicos, la amitriptilina es el más eficaz. ⁽³⁾	Ib
No se han observado diferencias clínicamente relevantes entre la amitriptilina y otros antidepresivos (incluyendo ISRS) al evaluar la tasa de respuesta. Sin embargo, los pacientes tratados con otros antidepresivos presentaron menos efectos secundarios y menor probabilidad de abandonar el tratamiento. ⁽³⁾	Ib
Tampoco se ha observado una diferencia clínicamente relevante entre los antidepresivos tricíclicos (diferentes de la amitriptilina) y otros antidepresivos en la tasa de respuesta ni en la de remisión, aunque sí diferencias relevantes favorables a otros antidepresivos en reducir la probabilidad de abandonar el estudio precozmente debido a efectos secundarios. ⁽³⁾	Ib
Otra revisión sistemática no encontró diferencias entre los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores selectivos de la recaptación serotonina (ISRS), ni en tasa de respuesta ni de remisión. Sin embargo, los ISRS mostraron menores tasas de abandono y de efectos adversos que los tricíclicos. ⁽³⁾	Ib

Evidencia sobre la duración y dosis del tratamiento, con antidepresivos, para la prevención de recaídas	Nivel
Algunas fuentes sugieren mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos durante al menos 6 meses, tras la remisión del episodio. La necesidad de un mantenimiento superior a los 6 meses vendría dada por el número de episodios previos de depresión, la presencia de síntomas residuales o la concurrencia de comorbilidades o dificultades psicosociales. ⁽³⁾	IV
Otros recomiendan mantener el tratamiento con fármacos antidepresivos 12 meses tras la remisión del episodio y en aquellos pacientes con factores de riesgo se valorará un tratamiento antidepresivo a largo plazo por un mínimo de 2 años. ⁽³⁾	IV
La dosis de mantenimiento debe ser la misma con la que se obtuvo la mejoría, ya que se ha observado que aquellos pacientes que reducen la dosis presentan mayores tasas de recaída que los que continúan con la misma. ⁽³⁾	Ib
El cese de un tratamiento antidepresivo debe realizarse reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, aunque algunas personas necesitarán periodos más prolongados, particularmente con fármacos de vida media corta como la paroxetina* o venlafaxina*. Debido a su larga vida media, la reducción gradual no sería necesaria con la fluoxetina. ⁽³⁾	IV

*Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.



Anexo 5. Revisión de la nomenclatura del espectro suicida

Revisión de la nomenclatura de O'Carroll propuesta por Silverman			
Ideación suicida	a. Sin intencionalidad suicida b. Con grado indeterminado de intencionalidad c. Con alguna intencionalidad suicida	i. Casual ii. Transitoria iii. Pasiva iv. Activa v. Persistente	
Comunicación suicida	a. Sin intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo I) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo I) b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo II) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo II) c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Verbal o no verbal, pasiva o activa (Amenaza suicida, Tipo III) 2. Propuesta de un método con el que llevar a cabo una autolesión (Plan Suicida, Tipo III)		
Conducta suicida	a. Sin intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Autolesión, Tipo I) 2. Con lesiones (Autolesión, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida no intencionada) b. Con grado indeterminado de intencionalidad 1. Sin lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo I) 2. Con lesiones (Conducta suicida no determinada, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada) c. Con alguna intencionalidad suicida 1. Sin lesiones (Intento de suicidio, Tipo I) 2. Con lesiones (Intento de suicidio, Tipo II) 3. Con resultado fatal (Suicidio consumado)		

Tomado de: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012).⁽²⁴⁾

Anexo 6. Evidencias para el manejo del espectro suicida

Evidencia para el manejo del espectro suicida (24)	Nivel
Intervenciones psicoterapéuticas	
Las terapias cognitivo-conductuales son efectivas en adultos con conducta suicida cuando se comparan con “no tratamiento” o “tratamiento habitual”. Cuando se comparan con otras formas de psicoterapia no existen diferencias significativas en la efectividad comparada. ⁽²⁴³⁾	Ia
Las terapias cognitivo conductuales son más efectivas cuando se orientan a reducir algún aspecto concreto de la conducta suicida que cuando tratan de disminuir ésta de forma indirecta centrándose en otros síntomas o signos asociados. ⁽²⁴³⁾	Ia
En adultos, los tratamientos cognitivo-conductuales de carácter individual o combinados con sesiones grupales obtienen mejores resultados que en formato grupal. Sin embargo, en adolescentes, la terapia grupal parece más eficaz que la terapia individual. ⁽²⁴³⁾	Ia
En pacientes con trastorno límite de la personalidad y conducta suicida, la terapia dialéctico conductual (TDC) muestra una efectividad comparable al resto de tratamientos cognitivo--conductuales. ⁽²⁴³⁾	Ia
En personas mayores de 60 años con depresión mayor e ideación suicida, el tratamiento antidepresivo o la terapia de resolución de problemas (TRP) y seguimiento telefónico obtuvieron una reducción significativa de la ideación suicida en comparación con el tratamiento habitual. ⁽²⁴⁴⁾	Ib
La terapia cognitivo conductual redujo de forma significativa la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad, ⁽²⁴⁵⁾ en pacientes con conducta suicida recurrente ⁽²⁴⁶⁾ y en pacientes con esquizofrenia crónica resistente a la medicación. ⁽²⁴⁷⁾	Ib
Tanto la terapia dialéctico conductual (TDC) como la psicoterapia basada en la transferencia propiciaron una mejoría estadísticamente significativa de la conducta suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad. ⁽²⁴⁸⁾	Ib
La terapia interpersonal psicodinámica breve realizada en adultos tras un episodio de intoxicación medicamentosa voluntaria obtuvo a los 6 meses mejores resultados (menor frecuencia de autolesiones autoinformadas, menores puntuaciones en el Inventario de depresión de Beck y mayor satisfacción con el tratamiento) que el tratamiento habitual. ⁽²⁴⁹⁾	Ib
Una intervención intensiva de terapia interpersonal (TIP) en adolescentes con riesgo suicida fue más efectiva que el tratamiento habitual en la disminución de depresión, ideación suicida, ansiedad y desesperanza. ⁽²⁵⁰⁾	Ib
En pacientes con trastorno límite de la personalidad y abuso de alcohol, la terapia psicodinámica deconstructiva fue eficaz en la disminución de la conducta suicida, el abuso de alcohol y la necesidad de cuidado institucional, en comparación con el tratamiento habitual. ⁽²⁵¹⁾	Ib
Tratamiento farmacológico	
En pacientes con depresión mayor, el tratamiento con inhibidores	III

selectivos de la recaptación de serotonina reduce la ideación suicida cuando, si bien no está demostrado en estudios de larga duración. No se ha demostrado que el tratamiento con antidepresivos aumente el riesgo de suicidio. ⁽¹⁸²⁾	
En pacientes mayores de 60 años con depresión mayor e ideación suicida, el seguimiento mantenido y el tratamiento con terapia combinada (citalopram* u otro antidepresivo + terapia interpersonal (TIP)), redujo la ideación suicida y aumentó las tasas de remisión de la depresión a largo plazo. ⁽¹⁸⁵⁾	Ib
El tratamiento con litio a largo plazo reduce cinco veces el riesgo de conducta suicida (intentos y suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar y otros trastornos afectivos. Este efecto se atribuye a la disminución de la agresividad e impulsividad. ⁽¹⁹¹⁾	Ia
Aunque en menor proporción que el litio, el ácido valproico y la carbamazepina se han mostrado también eficaces en la reducción de la conducta suicida (intentos y/o suicidios consumados) en pacientes con trastorno bipolar. ⁽¹⁹²⁾	Ia
Un ensayo clínico observó una asociación entre el tratamiento con litio y un menor riesgo de suicidios consumados en pacientes con trastorno del espectro depresivo e intento de suicidio reciente. ⁽²⁵²⁾	Ib
Para algunos autores, los antipsicóticos de primera generación tendrían un efecto limitado sobre el riesgo de conducta suicida. ⁽¹⁸³⁾	IV
La clozapina* ha mostrado una reducción significativa de la conducta suicida en pacientes adultos diagnosticados de esquizofrenia. ⁽¹⁹⁴⁾	Ib
La risperidona como coadyuvante en pacientes adultos con depresión mayor y conducta suicida podría ser beneficiosa y reducir el riesgo suicida. ⁽²⁰¹⁾	Ib
TEC	
En un estudio caso-control realizado con pacientes con depresión mayor grave (ingresados entre 1956 y 1969 y seguidos hasta 1998), los intentos de suicidio fueron menos frecuentes en los tratados con terapia electroconvulsiva que en los que recibieron fármacos antidepresivos. ⁽²⁵³⁾	III
En pacientes diagnosticados de depresión mayor unipolar, la terapia electroconvulsiva redujo la intencionalidad suicida, alcanzando cero puntos en la escala de Hamilton el 38 % de los pacientes al cabo de una semana, el 61 % tras dos semanas y el 76 % a las tres semanas. ⁽²⁵⁴⁾	Ib

*Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Anexo 7. Escala de riesgo suicida de Plutchik

Instrucciones: las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho, por favor conteste cada pregunta simplemente con un “SÍ” o “NO”.

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirina o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido ahora?		
10. ¿Es usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

Tomado de: Generalitat Valenciana (2006) ⁽²⁵⁵⁾

Interpretación: las respuestas afirmativas puntúan 1, y las negativas 0. A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.

Anexo 8. Test *Manchester Self-Harm*

Preguntas de test <i>Manchester Self-Harm</i> para conducta suicida
¿Tiene antecedentes de conducta suicida?
¿Ha estado en tratamiento psiquiátrico previo?
¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico?
¿El episodio actual es por sobredosis de benzodiacepinas?
<i>Una respuesta positiva en cualquiera de las preguntas clasifica al paciente "alto riesgo" de repetición de la conducta suicida</i>

Tomado de: Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida (2012).⁽²⁴⁾

Anexo 9. Evidencia de potenciación con fármacos para depresión resistente

Evidencia de potenciación con antipsicóticos ⁽³⁾	Nivel
Dos ensayos clínicos aleatorizados ^(256,257) evaluaron la potenciación con risperidona de un tratamiento previo con diversos antidepresivos. Los resultados no fueron estadísticamente significativos, aunque el grupo de potenciación con risperidona obtuvo mejores resultados en las escalas de depresión, con mejores porcentajes de respuesta y de remisión que el grupo control. Tampoco se observaron diferencias significativas en la tasa de abandono precoz de tratamiento debido a efectos secundarios.	Ia
En pacientes con depresión mayor y fracaso previo en dos o más tratamientos con diferentes antidepresivos, la potenciación con risperidona obtuvo un porcentaje de respuesta del 47 % y de remisión del 27 %, sin diferencias significativas con los obtenidos por el ácido valproico. ⁽²⁵⁸⁾	Ia
La potenciación con olanzapina* de un tratamiento previo con fluoxetina no obtuvo diferencias estadísticamente significativas con el grupo placebo en las escalas de depresión ni en las tasas de respuesta y de remisión, aunque los resultados fueron algo mejores. Sin embargo, el porcentaje de abandono precoz del tratamiento debido a efectos adversos fue mayor para el grupo de potenciación. ^(259,260)	Ia
Un ensayo clínico aleatorizado de potenciación con quetiapina de un tratamiento previo con un ISRS no obtuvo resultados significativamente diferentes con el grupo control (placebo), aunque las puntuaciones en las escalas de depresión y los porcentajes de respuesta y de remisión fueron mejores. El porcentaje de abandono precoz del tratamiento debido a efectos adversos fue del 28 % para el grupo de quetiapina frente al 7 % en el grupo control. ⁽²⁶¹⁾	Ia
Un estudio agrupado de dos ensayos previos en pacientes con depresión resistente evaluó la potenciación de su tratamiento con 150 o 300 mg/día de quetiapina o placebo. Tras seis semanas, ambas dosis de quetiapina redujeron de forma significativa la puntuación en la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) y obtuvieron mayores tasas de remisión que el placebo, mientras que únicamente la tasa de respuesta de la quetiapina 300 mg fue significativamente mayor que la del placebo. ⁽²⁶²⁾	Ia
Otro ensayo clínico aleatorizado ⁽²⁶¹⁾ evaluó el papel de la quetiapina como coadyuvante en pacientes con trastorno depresivo mayor, ansiedad comórbida y síntomas depresivos residuales que habían recibido previamente ISRS/venlafaxina* a dosis terapéuticas durante ≥ 6 semanas. Los pacientes fueron aleatorizados para recibir quetiapina o placebo, además de ISRS/venlafaxina*, siendo las tasas de respuesta y de remisión estadísticamente similares, aunque mayores para la quetiapina que para el placebo.	Ia
Un estudio de diseño abierto ⁽²⁶³⁾ comparó la quetiapina con el litio como adyuvantes de un tratamiento antidepresivo en pacientes con depresión mayor que no habían alcanzado una tasa de respuesta después de 4 semanas de tratamiento a la máxima dosis recomendada. La puntuación de la escala HRSD se redujo significativamente en ambos grupos respecto al valor basal, aunque	III

en mayor medida para la quetiapina.	
Potenciación con anticonvulsivantes	
Para la guía NICE, ⁽²⁾ la falta de datos controlados y la elevada probabilidad de efectos adversos o de interacciones clínicamente importantes hacen que tanto la carbamazepina como el ácido valproico no puedan ser recomendados como tratamiento en la depresión mayor con respuesta inadecuada al tratamiento	la
Potenciación con litio	
La guía NICE ⁽²⁾ incluyó diez ensayos en los que se evaluó la eficacia del litio como potenciador de un tratamiento antidepresivo (clomipramina*, desipramina*, imipramina*, nortriptilina* o citalopram*). En comparación con placebo, los resultados mostraron diferencias significativas en la tasa de respuesta a favor del litio, aunque no en la tasa de remisión. El porcentaje de abandonos fue mayor en el grupo de potenciación con litio	la
Veinte pacientes resistentes al tratamiento farmacológico recibieron 150 mg/día de clomipramina* durante 1 mes. Aquellos sin respuesta recibieron potenciación con litio o con litio + T3. El tratamiento con clomipramina* consiguió la respuesta en tres pacientes y la remisión en cinco. La potenciación con litio en 10 pacientes llevó a una remisión adicional. ⁽²⁶⁴⁾	IV
Potenciación con benzodiacepinas	
No se han encontrado pruebas concluyentes sobre la existencia de algún efecto de la adición de una benzodiacepina al tratamiento antidepresivo en términos de tolerabilidad y eficacia. ⁽²⁾	la

*Medicamento no consta en la lista de medicamentos esenciales del CNMB. Conforme la norma vigente, requiere justificación técnica para evaluar pertinencia de adquisición y financiamiento por parte de la Red Pública Integral de Salud.

Anexo 10. Escalas validadas en español para depresión

Versión validada en español de la Escala de Depresión de Hamilton para Depresión (HRSD o HAM-D por sus siglas en inglés)

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión fácil, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4).
4. Insomnio precoz	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc).
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y	0. Palabra o pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo.

de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabello, etc. 2. Se retuerce las manos, se muere las uñas, los labios, se tira de los cabellos.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Terrores expresados sin preguntarle.
11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: - Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones. - Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias. - Respiratorios: hiperventilación, suspiros. - Frecuencia urinaria. - Sudoración.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos en generales	0. Ausente 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido califica 2.
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como: pérdida de la libido, trastornos menstruales.
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la



	enfermedad actual.
	2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).
B. Según pasaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)	
	0. Pérdida inferior a 500g en una semana.
	1. Pérdida de peso de más de 500g en una semana.
	2. Pérdida de peso de más de 1kg en una semana (por término medio)
17. Insight (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
	1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.
	2. Niega que esté enfermo.

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
	0-7	8-13	14-18	19-22	23

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, España, 2014.⁽³⁾ Adaptado de: Validación de la versión castellana de la escala Hamilton para la depresión, 1986.⁽²⁶⁵⁾

Versión validada en español de la escala de Montgomery Asberg (MADRS por sus siglas en inglés)

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o las situadas entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que solo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Tristeza observada Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.	0. Ninguna dificultad para concentrarse. 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos. 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación. 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.
2. Tristeza declarada por el paciente Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el	0. Tristeza esporádica según las circunstancias. 1. 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad.

sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarlo. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.

3. Tensión interna

Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.

4. Sueño reducido

Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.

5. Apetito reducido

Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.

6. Dificultades para concentrarse

Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.

7. Lasitud

Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.

- 3.
4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas.
- 5.
6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable.
0. Tristeza esporádica según las circunstancias.
- 1.
2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.
- 3.
4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto solo puede dominar con alguna dificultad.
- 5.
6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.
0. Duerma como siempre
- 1.
2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas.
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño.
0. Apetito normal o aumentado.
- 1.
2. Apetito ligeramente reducido.
- 3.
4. Sin apetito. La comida es insípida.
- 5.
6. Necesita persuasión para comer algo
0. Ninguna dificultad para concentrarse.
- 1.
2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos.
- 3.
4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación.
- 5.
6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.
0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.
- 1.
2. Dificultades para empezar

8. Incapacidad para sentir

Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.

9. Pensamientos pesimistas

Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autoreproche, pecado, remordimiento y ruina.

10. Pensamientos suicidas

Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.

actividades.

- 3.
4. Dificultades para comenzar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.
- 5.
6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda.
0. Interés normal por el entorno y por otras personas.
- 1.
2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.
- 3.
4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos.
- 5.
6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y un total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos.
0. Sin pensamientos pesimistas.
- 1.
2. Ideas variables de fracaso, autoreproche o autodesprecio.
- 3.
4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro.
- 5.
6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables.
0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
- 1.
2. Cansado de vivir. Solo pensamientos suicidas pasajeros.
- 3.
4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
- 5.
6. Planes explícitos de suicidio cuando se presenta una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la depresión en el adulto, España, 2014.⁽³⁾ Adaptado de: Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad, Barcelona, 2002.⁽²⁶⁶⁾

Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés)⁽²⁶⁷⁾

EL BDI consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión.

Es dentro de las escalas de depresión la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Es autoaplicada, aunque inicialmente habría sido diseñada para ser aplicada mediante entrevista.

Existen varias versiones de diferente extensión:

- a) Una versión más extensa de 42 ítems, en la que el orden de los ítems ha sido modificado de tal forma que empieza por los ítems más neutros como dolores de cabeza y apetito.
- b) Una versión más breve de 13 ítems

El BDI ha sido adaptado y validado en español por Conde y Useros.

Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés-versión de 21 ítems)⁽²⁶⁷⁾

Instrucciones: a continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo

- Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
- No me encuentro triste
- Me siento algo triste y deprimido
- Ya no puedo soportar esta pena
- Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar

2. Pesimismo

- Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
- Creo que nunca me recuperaré de mis penas
- No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
- No espero nada bueno de la vida
- No espero nada. Esto no tiene remedio

3. Sentimientos de fracaso

- He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
- He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
- Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena



- No me considero fracasado
- Veo mi vida llena de fracasos

4. Insatisfacción

- Ya nada me llena
- Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
- Ya no me divierte lo que antes me divertía
- No estoy especialmente insatisfecho
- Estoy harto de todo

5. Sentimientos de culpa

- A veces me siento despreciable y mala persona
- Me siento bastante culpable
- Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
- Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
- No me siento culpable

6. Sentimientos de castigo

- Presiento que algo malo me puede suceder
- Siento que merezco ser castigado
- No pienso que esté siendo castigado
- Siento que me están castigando o me castigarán
- Quiero que me castiguen

7. Odio a sí mismo

- Estoy descontento conmigo mismo
- No me aprecio
- Me odio (me desprecio)
- Estoy asqueado de mí
- Estoy satisfecho de mí mismo

8. Autoacusación

- No creo ser peor que otros
- Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
- Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
- Siento que tengo muchos y muy graves defectos
- Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores

9. Impulsos suicidas

- Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
- Siento que estaría mejor muerto
- Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- Tengo planes decididos de suicidarme
- Me mataría si pudiera
- No tengo pensamientos de hacerme daño

10. Períodos de llanto

- No lloro más de lo habitual
- Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
- Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
- Ahora lloro más de lo normal

11. Irritabilidad

- No estoy más irritable que normalmente
- Me irrito con más facilidad que antes

- Me siento irritado todo el tiempo
- Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba

12. Aislamiento social

- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
- Me intereso por la gente menos que antes
- No he perdido mi interés por los demás
- He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos

13. Indecisión

- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
- Tomo mis decisiones como siempre
- Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
- Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda

14. Imagen corporal

- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
- Me siento feo y repulsivo
- No me siento con peor aspecto que antes
- Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)

15. Capacidad laboral

- Puedo trabajar tan bien como antes
- Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- No puedo trabajar en nada
- Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
- No trabajo tan bien como lo hacía antes

16. Trastornos del sueño

- Duermo tan bien como antes
- Me despierto más cansado por la mañana
- Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
- Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
- Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
- Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
- Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
- No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas

17. Cansancio

- Me canso más fácilmente que antes
- Cualquier cosa que hago me fatiga
- No me canso más de lo normal
- Me canso tanto que no puedo hacer nada

18. Pérdida de apetito

- He perdido totalmente el apetito
- Mi apetito no es tan bueno como antes
- Mi apetito es ahora mucho menor
- Tengo el mismo apetito de siempre

19. Pérdida de peso

- No he perdido peso últimamente



- He perdido más de 2,5 kg
- He perdido más de 5 kg
- He perdido más de 7,5 kg

20. Hipocondría

- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
- Estoy preocupado por dolores y trastornos
- No me preocupa mi salud más de lo normal
- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro

21. Libido

- Estoy menos interesado por el sexo que antes
- He perdido todo mi interés por el sexo
- Apenas me siento atraído sexualmente
- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

Inventario de Depresión de Beck (BDI por sus siglas en inglés-versión de 13
Items ⁽²⁶⁷⁾

Instrucciones: éste es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y escoja la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

1. No me encuentro triste.
 - Me siento triste o melancólico
 - Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
 - Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
2. No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro
 - No tengo nada que esperar del futuro
 - No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
3. No me siento fracasado
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 - Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
 - Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
4. No estoy particularmente descontento
 - No disfruto de las cosas como antes
 - No encuentro satisfacción en nada
 - Me siento descontento de todo
5. No me siento particularmente culpable
 - Me siento malo o indigno muchas veces
 - Me siento culpable
 - Pienso que soy muy malo e indigno
6. No me siento decepcionado conmigo mismo
 - Estoy decepcionado conmigo mismo



- Estoy disgustado conmigo mismo
 - Me odio
7. No tengo pensamientos de dañarme
- Creo que estaría mejor muerto
 - Tengo planes precisos para suicidarme
 - Me mataría si tuviera ocasión
8. No he perdido el interés por los demás
- Estoy menos interesado en los demás que antes
 - He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
 - He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
9. Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
- Trato de no tener que tomar decisiones
 - Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
 - Ya no puedo tomar decisiones
10. No creo que mi aspecto haya empeorado
- Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
 - Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
 - Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
11. Puedo trabajar igual de bien que antes
- Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
 - Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - No puedo realizar ningún trabajo
12. No me canso más que antes
- Me canso más fácilmente que antes
 - Me canso por cualquier cosa
 - Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
13. Mi apetito no es peor de lo normal
- Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es ahora mucho peor
 - He perdido el apetito

Corrección e interpretación

En la versión de 21 ítems el valor de cada una de las respuestas a cada uno de los ítems es distinto y se refiere a continuación (el valor de cada una de las opciones de respuesta sigue el orden en que aparecen en el cuestionario).

Ítem 1: 2 (esta tristeza me produce...), 0 (no me encuentro triste), 1 (me siento algo triste y deprimido), 3 (yo no puedo soportar esta pena), 3 (tengo siempre como una pena encima...).

Ítem 2: 1, 2, 0, 2, 3

Ítem 3: 3, 1, 2, 0, 2

Ítem 4: 2, 1, 1, 0, 3

Ítem 5: 1, 2, 2, 3, 0

Ítem 6: 1, 3, 0, 2, 3

Ítem 7: 1, 1, 2, 2, 0

Ítem 8: 0, 2, 3, 2, 1

Ítem 9: 1, 2, 2, 3, 2, 0

Ítem 10: 0, 3, 2, 1



Ítem 11: 0 1 2 3
Ítem 12: 3 1 0 2
Ítem 13: 1 0 3 2
Ítem 14: 1 3 0 2
Ítem 15: 0 1 3 2 1
Ítem 16: 0 1 2 2 2 3 3 3
Ítem 17: 1 2 0 3
Ítem 18: 3 1 2 0
Ítem 19: 0 1 2 3
Ítem 20: 2 1 0 3
Ítem 21: 1 3 2 0

En la versión abreviada (13 ítems) los valores de las 4 opciones de respuesta son iguales en todos los ítems: la primera respuesta vale 0 puntos; la segunda vale 1 punto; la tercera vale 2 y la cuarta vale 3 puntos.

Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

Depresión ausente o mínima: puntuación media en el BDI de 10,9 puntos

Depresión leve: puntuación media de 18,7

Depresión moderada: puntuación media de 25,4

Depresión grave: puntuación media de 30 puntos

En la versión de 13 ítems los puntos de corte propuestos son:

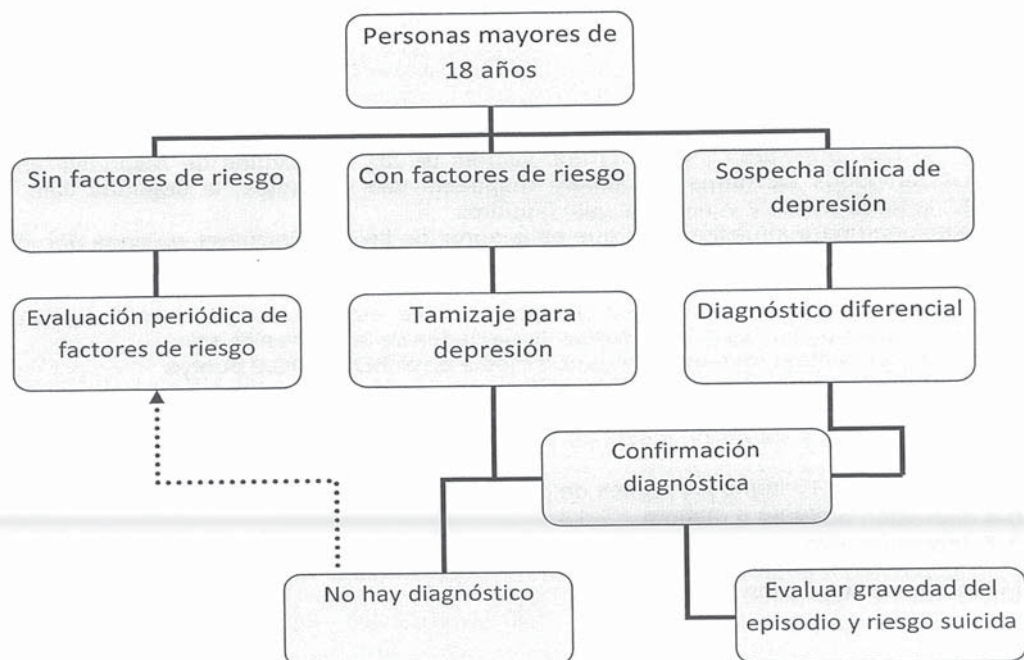
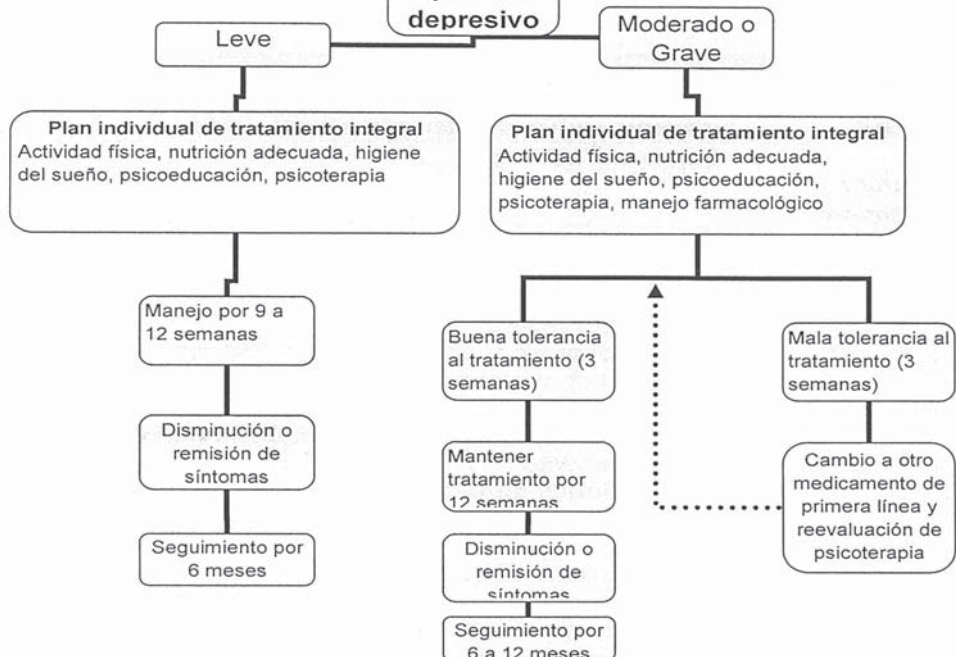
0-4 depresión ausente o mínima

5-7 depresión leve

8-15 depresión moderada

Mayor de 15: depresión grave

Anexo 11. Resumen sobre el manejo de la depresión en adultos

Diagnóstico de la depresión**Manejo del episodio depresivo**

Nota: Cualquier episodio depresivo en el que no se obtenga disminución o remisión de los síntomas después del manejo integral (una vez finalizada la psicoterapia elegida), debe ser manejada como una depresión resistente al tratamiento.

Anexo 12. Medicamentos avalados por esta Guía de Práctica Clínica

Ácido Valproico

ATC	N03AG01
Indicación avalada en esta GPC	Tratamiento de trastorno bipolar y riesgo de suicidio en pacientes que necesitan anticonvulsivantes,
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 500 mg
Dosis	- En Adultos mayores, luego de la dosis inicial realizar incrementos lentamente. - Ajustar la dosis en base a la respuesta del paciente y los niveles en suero. - Fraccionar las dosis superiores a 250 mg. - No triturar, masticar o abrir las cápsulas. - Puede administrar con alimentos. - Disminuir las dosis gradualmente para suspender el medicamento. Convulsiones generalizadas, convulsiones parciales complejas y trastorno bipolar Adultos: - Dosis inicial: 10-15 mg/kg/día Vía oral dividida cada día –tres veces al día. - Incrementos: 5-10 mg/kg/día cada 7 días. - Dosis usual: 30-60 mg/kg/día Vía oral dividida dos veces al día –tres veces al día. - Dosis Máxima: 60 mg/kg/día. Episodios de ausencia, simples y complejos Adultos: - Dosis inicial: 15 mg/kg/día Vía oral dividida cada día –tres veces al día. - Incrementos: 5-10 mg/kg/día cada 7 días. - Dosis usual: 30–60 mg/kg/día dividida dos veces al día –tres veces al día - Dosis máxima: 60 mg/kg/día.
Precauciones	- Hepatotoxicidad grave e incluso fatal que se presenta entre el 1ro y 6to mes de tratamiento, riesgo aumentado en menores de 2 años o asociado a otros anticonvulsivantes. - Incremento de hepatotoxicidad en pacientes con enfermedad mitocondrial hereditaria (Síndrome de Alpers Huttenlocher) - Cuando las concentraciones en plasma exceden los 110 mcg/ml en mujeres o 135 mcg/ml en hombres, se incrementa el riesgo de trombocitopenia. - Discontinuar si se presenta hiperamonemia, chequear los niveles de amonio si el paciente se presenta aletargado o con un comportamiento anormal. - Pancreatitis, tanto en niños como adultos. Puede aparecer al poco tiempo de iniciar el tratamiento o luego de muchos años. Sospechar en pancreatitis frente a síntomas como dolor abdominal, náusea, vómito y anorexia. - En exposición intrauterina, incrementa el riesgo de desarrollo cognitivo pobre o malformaciones anatómicas. - Puede producir falsos positivos en el test de cetonas.

	- Lactantes, niños menores de 2 años, adultos mayores. - Insuficiencia renal. - Trauma cráneo encefálico. - Retardo mental o convulsiones. - Desórdenes metabólicos congénitos. - Uso concomitante con múltiples anticonvulsivantes. - En pacientes con riesgo de sangrado. - En enfermedades hepáticas.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o sus componentes. Enfermedad, hepática preexistente, insuficiencia hepática severa. Desórdenes del ciclo de la urea. En mujeres embarazadas o que planean hacerlo.
Efectos adversos	Frecuentes: Náusea, vómito, diarrea, dispepsia, cefalea, temblor, somnolencia, ambliopía, diplopía, mareos, nistagmus, tinitus, astenia, incremento del tiempo de sangrado, trombocitopenia, aumenta el riesgo de infección. Poco frecuentes: Ataxia, dolor de espalda, cambios de humor, ansiedad, confusión, parestesias, alucinaciones, catatonía, disartria, vértigo, incremento del apetito, ganancia de peso, dolor abdominal, lentitud mental, sedación, ataxia, irritabilidad, insomnio, labilidad emocional, visión borrosa, mialgias, disnea, exantemas, alopecia. Raros: Hepatotoxicidad, pancreatitis, síndrome de inhibición de la ADH, hiponatremia, pancitopenia, trombocitopenia, mielosupresión, anemia aplásica, sangrados, hiperamonemia, hipotermia, hipersensibilidad, anafilaxia, broncoespasmo, eritema multiforme, síndrome de Steven Johnson, necrólisis epidérmica tóxica, alucinaciones, psicosis, ideas suicidas, encefalopatía, coma, síndrome de ovario poliquístico.
Interacciones	Disminución de la eficacia: - Doxorubicina, doxiciclina: mecanismo no establecido. - Imipenem, meropenem: disminuyen los niveles plasmáticos de ácido valproico, incrementa el riesgo de convulsiones, por mecanismo no bien establecido. - Warfarina: disminuye el efecto anticoagulante. Vigilar INR. - Ritonavir, indinavir, saquinavir: disminuyen las concentraciones de ácido valproico y su eficacia anticonvulsivante, por inducción del metabolismo hepático. Aumento de los efectos adversos: - Ácido acetil salicílico: incrementa los niveles de ácido valproico por competición por la ligadura proteica, aumenta la toxicidad del ácido valproico e inclusive aumenta el riesgo de sangrado por efecto anti plaquetario aditivo. - Meperidina, antihistamínicos, sedantes: incrementan el riesgo de depresión del SNC, por efecto aditivo. - Nevirapina: inducción de metabolismo hepático, incremento en la formación de metabolitos tóxicos. - Claritromicina: incrementa los niveles de ácido valproico por mecanismo no conocido. - Barbitúricos: incrementan el riesgo de depresión del sistema nervioso central. - Cimetidina, fluoxetina, haloperidol, genfibrozilo, litio, zafirlukast: inhibición del metabolismo hepático de ácido valproico, aumentando su toxicidad.

	- Fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, ácido valproico, apomorfina, benzodiazepinas, dantroleno, alcohol: efecto aditivo e inducción del metabolismo hepático, aumenta riesgo de depresión del SNC.
Uso en el embarazo	Categoría D. Se ha reportado malformaciones, incluyendo defectos del tubo neural.
Uso en la lactancia	Muy seguro durante la lactancia

Amitriptilina

ATC	N06AA09
Indicación avalada en esta GPC	Tratamiento de la depresión
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral: 10 mg – 25 mg
Dosis	Depresión endógena Adultos: Dosis inicial: 25 mg Vía oral cada día/hora sueño Incrementos: 25 mg – 50 mg cada 3 a 7 días. Dosis usual: 50 mg – 150 mg Vía oral hora sueño. Dosis máxima: 300 mg/día Adultos mayores: Dosis inicial: 10 mg – 25 mg Vía oral cada día/hora sueño Incrementos: 10 mg – 25 mg cada 2 – 3 días
Precauciones	En pacientes en la fase maniaca de trastorno bipolar. No administrar con medicamentos que prolongan el segmento QT. Puede provocar pensamientos suicidas o cambios del comportamiento especialmente en niños, adolescentes y jóvenes. Se debe observar cuidadosamente en busca de cambios del comportamiento, empeoramiento clínico y tendencias suicidas. Estos eventos generalmente se producen en los dos primeros meses de tratamiento. No se ha aprobado su uso en pacientes pediátricos. En adultos mayores y pacientes con sobrepeso. Puede causar: sedación, disminución de las habilidades físicas y mentales, hipotensión ortostática. Uso con precaución en pacientes con enfermedad cardiovascular, diabetes, manía, insuficiencia renal o hepática, disfunción tiroidea, convulsiones, retención urinaria, trastornos de la motilidad gastrointestinal, íleo paralítico y supresión de médula ósea. Este medicamento tiene actividad antimuscarínica y puede provocar estreñimiento, retención urinaria, visión borrosa, xerostomía. Evitar el uso con anticolinérgicos por el aumento de íleo paralítico e hipertermia. No utilizar concomitantemente con macrólidos, dextrometorfan y pseudoefedrina.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes, IMAO en las 2 semanas previas, infarto de miocardio reciente o

	enfermedades cardiovasculares, glaucoma de ángulo cerrado, porfiria y enfermedad uteroprostática.
Efectos adversos	Frecuentes: convulsiones, visión borrosa, palpitaciones, taquicardia, incremento del apetito y de peso, estreñimiento, náusea, vómito, diaforesis, somnolencia, desorientación, confusión, insomnio, ansiedad, retención urinaria, rash cutáneo, prurito y sequedad de la boca. Poco frecuentes: hipotensión ortostática, síncope, hipertensión, arritmias ventriculares, prolongación del segmento QT, bloqueo AV, convulsiones, exacerbación de psicosis, manía, ideas de suicidio, galactorrea y ginecomastia. Raros: Síndrome extrapiramidal, ataxia, íleo paralítico, agranulocitosis, leucopenia, trombocitopenia, disfunción sexual y síndrome neuroléptico maligno.
Interacciones	Disminuye la eficacia de: Antiepilépticos: la administración concomitante de amitriptilina antagoniza el efecto anticonvulsivante. Carbamazepina, fenobarbital: acelera el metabolismo de amitriptilina. Estrógenos: disminuyen el efecto de la amitriptilina y otros antidepresivos tricíclicos. Fenitoína: puede reducir los niveles plasmáticos de amitriptilina. Aumento de los efectos adversos: Trióxido de arsénico: aumenta el riesgo de arritmias cardíacas. Cimetidina: inhibe el metabolismo de la amitriptilina. Disulfiram: incrementa los efectos adversos relacionados con la ingesta de alcohol. Duloxetina: aumenta los efectos serotoninérgicos. Fluconazol, cimetidina, diltiazem: incrementa los niveles plasmáticos de amitriptilina. Hormonas tiroideas: aumenta su efecto con la administración concomitante de amitriptilina. Adrenalina: aumenta el riesgo de hipertensión y arritmias cardíacas. Alcohol, antihistamínicos, ansiolíticos, opioides e hipnóticos: aumenta los efectos sedantes del medicamento. Amiodarona, disopiramida, droperidol, moxifloxacina, antipsicóticos, noradrenalina, pimozida, propafenona: incrementa el riesgo de arritmias cardíacas. ISRS: puede incrementar los niveles plasmáticos de antidepresivos tricíclicos. Antimuscarínicos: el uso concomitante con amitriptilina incrementa el riesgo de presentar reacciones adversas como mucosa oral seca, retención urinaria y estreñimiento, principalmente. Anestésicos generales: aumentan el riesgo de hipotensión. Oxibato sódico: sinergismo farmacodinámico. Clonidina: la administración concomitante de amitriptilina reduce el efecto hipotensor de clonidina. Warfarina y otros cumarínicos: amitriptilina puede alterar el efecto anticoagulante. Vigilar el INR. Inhibidores de la MAO: incrementa el riesgo de excitación del sistema nervioso central manifestada principalmente por hiperpirexia, convulsiones y crisis hipertensiva. La administración de amitriptilina u otros antidepresivos tricíclicos

	puede realizarse luego de dos semanas de la suspensión de IMAO. La amitriptilina al igual que otros antidepresivos tricíclicos pueden reducir el efecto de los nitratos especialmente si son administrados vía sublingual. Resagilina: riesgo de neurotoxicidad.
Uso en el embarazo	Categoría C: utilizar sólo si el beneficio potencial para la madre justifique el riesgo.
Uso en la lactancia	Seguro, continuar con lactancia materna.

Carbamazepina

ATC	N03AF01
Indicación avalada en esta GPC	Tratamiento del trastorno límite de personalidad con conducta suicida. Tratamiento de trastorno bipolar y riesgo de suicidio en pacientes que necesitan anticonvulsivantes,
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral 200 mg Sólido oral (liberación controlada) 400 mg Líquido oral 100 mg/5ml
Dosis	Administrar con alimentos. Disminuir las dosis gradualmente para suspender el medicamento. Convulsiones y trastorno bipolar Adultos: - Dosis inicial: 200 mg Vía oral dos veces al día. - Incrementos: 200 mg cada semana. - Dosis usual: 800-1200 mg/día dividido dos veces al día –tres veces al día - Dosis máxima: 1600 mg/día.
Precauciones	- En personas con genotipo HLA-B*1502 positivo, con ancestros de origen asiático, aumenta el riesgo de síndrome de Steven Johnson y necrólisis tóxica epidérmica. - La presencia del alelo HLA-A*3101 se asocia con reacciones de hipersensibilidad inducida por carbamazepina, entre personas con ancestros norte europeos. - Riesgo significativo de anemia aplásica y agranulocitosis. - Descontinuar si se presenta depresión medular. - Potencial comportamiento suicida reportado por la FDA. - Retirar el medicamento gradualmente. - Puede exacerbar las convulsiones. - Disminuye el efecto de los anticonceptivos, se recomienda usar contracepción adicional. - Puede ocasionar hiponatremia, especialmente en adultos mayores. - No debe ser usado como analgésico, no usar para molestias leves. - Pacientes con alteraciones hematológicas. - Convulsiones atónicas, mioclónicas o episodios de ausencia. - Insuficientes renales o hepáticos. - Enfermedades cardiovasculares, en alteraciones de la conductancia cardíaca. - Riesgo incrementado de producir arritmias.

	- En pacientes con lupus eritematoso sistémico. - En depresión del SNC. - En uso frecuente de alcohol. - Precaución al conducir o manejar maquinarias o al realizar trabajos que requieran atención y coordinación
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o sus componentes, uso de IMAO concomitante o en los últimos 14 días, depresión medular, porfiria, evitar la supresión abrupta del medicamento, hepatitis, embarazo (1er trimestre).
Efectos adversos	Frecuentes: Ataxia, mareo, somnolencia, náusea, vómito, temblor, visión borrosa, nistagmus, rash, confusión, elevación de ALT y AST, debilidad, fatiga, fotosensibilidad. Poco frecuentes: Aplasia medular, agranulocitosis, pancitopenia, depresión medular, trombocitopenia, leucopenia, leucocitosis, eosinofilia, anemia, porfiria intermitente, necrólisis epidérmica toxica, síndrome de Steven Johnson, rash eritematoso o pruriginoso, dermatitis exfoliativa, eritema multiforme y nodoso, púrpura, agravamiento de LES, alopecia, diaforesis, insuficiencia cardíaca, edema, hipertensión, hipotensión, síncope, arritmias, bloqueos cardíacos, tromboflebitis, tromboembolismo, adenopatía y linfadenopatía, colestasis, ictericia hepatocelular, hipersensibilidad pulmonar caracterizada por fiebre, disnea, neumonitis o neumonía, retención urinaria aguda, oliguria con elevación de la presión sanguínea, azoemia, insuficiencia renal, impotencia. Raros: Adenopatías, polineuropatías, movimientos involuntarios, pancreatitis, constipación, estreñimiento, estomatitis, glositis, fotosensibilidad, impotencia. Uso en el embarazo: categoría D. Teratogénico: espina bífida en 1% de los niños expuestos intra-útero en el primer trimestre del embarazo; malformaciones cráneo-faciales e hipoplasia de las uñas. Evaluar riesgo beneficio por el especialista.
Interacciones	Disminución de la eficacia: - Azoles (antifúngicos): disminuye el nivel de los antifúngicos y aumenta los niveles de carbamazepina, con incremento de su toxicidad, por alteración de su metabolismo hepático. - Contraceptivos orales: inducción de metabolismo hepático. Utilizar método contraceptivo adicional. - Doxorubicina, doxiciclina: mecanismo no establecido. - Isotretinoína: mecanismo no establecido, disminuye su efectividad. - Meperidina: inducción de metabolismo hepático y mayor toxicidad por aumento de niveles de noradrenalina. - Nevirapina: inducción de metabolismo hepático y disminución de sus niveles plasmáticos de carbamazepina. - Tramadol, carvedilol, ciclosporina, sulfonilureas, teofilina, hormonas tiroideas, cafeína, metilfenidato, mirtazapina, quinidina, disopiramida, dapsona, fentanilo, imatinib, colchicina, estrógenos progestágenos para TRH, montelukast, paclitaxel, sildenafil, tinidazol, warfarina: inducción de metabolismo hepático y disminución de la eficacia de estos medicamentos. - Warfarina: disminuye el efecto anticoagulante. Aumento de los efectos adversos:

	- Antihistamínicos, sedantes: incrementan el riesgo de depresión del SNC. - Adenosina: mecanismo no conocido, aumenta depresión cardíaca. - Ritonavir, indinavir, saquinavir: alteración del metabolismo hepático, aumenta toxicidad de carbamazepina y disminuyen las concentraciones de estos medicamentos. - Claritromicina, eritromicina, dextropropoxifeno, cimetidina, fluoxetina, haloperidol, genfibrozilo, litio, zafirlukast: inhibición del metabolismo hepático de carbamazepina con aumento de su toxicidad. - Fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, ácido valproico, apomorfina, benzodiazepinas, dantroleno, barbitúricos, alcohol: efecto aditivo e inducción del metabolismo hepático, aumenta riesgo de depresión del SNC. - Inhibidores de la MAO no selectivos: efectos sinérgicos, riesgo de síndrome serotoninérgico. - IECA/ diuréticos tiazídicos, incrementan el riesgo de hiponatremia. - Paracetamol: producción de metabolitos tóxicos por inhibición del metabolismo hepático, incrementando la toxicidad y disminución de la eficacia del paracetamol. - Vasopresina: efecto aditivo, potencia efecto antidiurético. - Warfarina: disminución de efecto anticoagulante por inducción del metabolismo hepático. Vigilar INR
Uso en el embarazo	Categoría D. Teratogénico: espina bífida en 1% de los niños expuestos intra-útero en el primer trimestre del embarazo; malformaciones cráneo-faciales e hipoplasia de las uñas. Evaluar riesgo beneficio por el especialista.
Uso en la lactancia	Muy segura durante la lactancia

Fluoxetina

ATC	N06AB03
Indicación avalada en esta GPC	Tratamiento de la depresión.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral: 20 mg
Dosis	Administrar siempre en la mañana y en hora fija. Se recomienda iniciar en dosis fraccionada y con estómago lleno. Adultos: Dosis inicial: 20 mg Vía oral cada día am. Incrementos: gradualmente después de 3 - 4 semanas. Dosis usual: 20 mg – 80 mg Vía oral cada día am, en varias tomas al día. Dosis máxima: 60 mg/día.
Precauciones	- Puede provocar pensamientos suicidas o cambio del comportamiento especialmente en niños, adolescentes y jóvenes. - Se debe observar cuidadosamente en busca de cambios del comportamiento, empeoramiento clínico, y tendencias

	suicidas. Estos eventos generalmente se producen en los dos primeros meses de tratamiento. - Suspender el tratamiento si se observa empeoramiento conductual o tendencias suicidas que no sean parte de los síntomas usuales del paciente. - Se ha reportado síndrome serotoninérgico con la administración de este medicamento, sin embargo existe un riesgo mayor con la ingesta concomitante de otros agentes serotoninérgicos. (triptanes, antidepresivos tricíclicos, fentanilo, litio, tramadol bupiriona especialmente). - En pacientes que se encuentran en tratamiento con antidepresivos tricíclicos se recomienda esperar un periodo de 3 semanas antes de iniciar fluoxetina. - Uso con precaución en pacientes con antecedente de convulsiones. - Se ha reportado episodios ansiosos, insomnio y pérdida importante de peso, que generalmente se acompaña con disminución del apetito. - Los cambios en las dosis generalmente no se reflejan en los niveles plasmáticos sino hasta semanas después. - El riesgo de presentar sangrado gastrointestinal incrementa, especialmente cuando se administra conjuntamente con AINEs, ácido acetil salicílico, o drogas que actúan sobre la coagulación. - Pacientes con glaucoma agudo de ángulo cerrado. - Pacientes diabéticos puede alterar los niveles de glucemia. - Puede prolongar el intervalo QT y causar arritmias ventriculares y torsión de pointes. - Hiponatremia (ancianos). - Pacientes con enfermedades cardíacas y diabetes.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes, administración concomitante con pimozida o tioridazina y en el tratamiento con inhibidores de la MAO.
Efectos adversos	Frecuentes: cefalea, náusea, insomnio, anorexia, ansiedad, astenia, diarrea, nerviosismo y somnolencia. Poco frecuentes: convulsiones, sequedad de la mucosa oral, dispepsia, tremor, decremento de la libido, sabor anormal, agitación, dolor torácico, insomnio, ansiedad, hiponatremia, polaquiuria, prolongación del intervalo QT, producción de arritmia ventricular, midriasis, hipoglicemia y alteración de los controles de glicemia en pacientes con diabetes. Raros: escalofríos, confusión, otalgia, hipotensión, incremento o decremento del apetito, palpitaciones, tinnitus, vómito, ganancia o pérdida de peso, activación de manía/hipomanía (evaluar la posibilidad de desorden bipolar) y convulsiones cuando se asocia a terapia electroconvulsivante.
Interacciones	Disminuye eficacia de: Nevirapina, rifampicina: inducción del metabolismo hepático. Aumento de los efectos adversos: - Inhibidores de la MAO: se ha reportado serios e incluso fatales reacciones que incluyen hipertermia, rigidez, mioclonos, inestabilidad autonómica, con fluctuaciones de los signos vitales y cambios del estado mental que incluyen agitación extrema, delirio y coma.

	- Pimozida, cisaprida, amiodarona: fluoxetina produce disminución del metabolismo de estos medicamentos y riesgo de prolongación del intervalo QT. - Tioridazina, linezolid, selegilina, tranilcipromina, metoclopramida: incrementa el riesgo de presentar síndrome serotoninérgico por inhibición de la MAO-A e incremento de los - niveles de serotonina. Suspender estos medicamentos e iniciar la terapia con fluoxetina por lo menos 24 horas después. Con metoclopramida puede presentar además síndrome neuroléptico maligno u otros síntomas extrapiramidales. - Antidepresivos tricíclicos típicos y atípicos, antipsicóticos y antiarrítmicos: fluoxetina inhibe la actividad del CYP2D6 incrementado los niveles plasmáticos de estos medicamentos. - Antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos (haloperidol), anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina): la administración conjunta con fluoxetina incrementa los niveles plasmáticos de estos medicamentos. - Benzodiacepinas: la administración conjunta con fluoxetina incrementa la vida media de este medicamento. - Litio: los niveles séricos de este medicamento son fluctuantes y pueden presentar incrementos o decrementos plasmáticos. - Ácido acetil salicílico, AINEs, warfarina: Incrementan el riesgo de sangrado gastrointestinal por inhibición del metabolismo hepático.
Uso en el embarazo	Categoría C. Se ha asociado con malformaciones cardiovasculares en el primer trimestre. En el tercer trimestre se asocia con hipertensión pulmonar persistente en el neonato, que podría requerir hospitalización prolongada, soporte respiratorio y alimentación por sonda nasogástrica.
Uso en la lactancia	Moderadamente seguro, valorar riesgo beneficio.

Litio, carbonato

ATC	N05AN01
Indicación avalada en esta GPC	Tratamiento de la depresión con trastorno bipolar e ideación o conducta suicida.
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral: 300 mg
Dosis	- Administrar preferiblemente con alimentos. - Comenzar con dosis bajas para minimizar los efectos adversos. - Concentraciones séricas de litio: 0.6 – 1.2 mEq/L. No deberán exceder a 1.5 mEq/L. - Se recomienda realizar pruebas tiroideas, de función renal y EKG. - Las Litemias se deberían monitorizar a las 12 horas de la dosis administrada y 2 veces por semana hasta alcanzar

	concentraciones plasmáticas adecuadas y la condición clínica del paciente sea estabilizada. - Debe ser de uso estricto de especialidad. Desorden bipolar Adultos: - Dosis inicial: 600 mg -900 mg/día Vía oral dividido dos veces al día-tres veces al día. - Incrementos: 300 mg/día cada semana hasta 1200 mg/día, luego se puede incrementar en 150 mg - 300 mg/día cada semana hasta 2400 mg/día. - Dosis usual: 900 mg - 2400 mg/día Vía oral dividido dos veces al día-tres veces al día. - Dosis máxima: 2400 mg/día. - Ajustar la dosis a base de la respuesta del paciente y los niveles séricos.
Precauciones	- En enfermedades cardiovasculares, asociación entre el tratamiento con litio y síndrome de Brugada (EKG anormal y riesgo de muerte súbita). - Enfermedad tiroidea. - Riesgo de diabetes insípida nefrogénica. - Pacientes sensibles al litio pueden experimentar síntomas de toxicidad con concentraciones séricas de litio de 1-1.5 mEq/L. - Toxicidad por litio puede ocurrir incluso con dosis terapéuticas. Descontinuar temporalmente por 24 - 48 horas si existen manifestaciones de toxicidad por litio. - En adultos mayores mantener concentraciones séricas de litio en niveles bajos del rango. - En pacientes insuficientes renales. - Depleción de volumen. - Uso concomitante de depresores del SNC. - Uso de alcohol. - Epilepsia, parkinsonismo. - Deshidratación, hiponatremia. - Infecciones o enfermedades febriles graves. - Esquizofrenia. - Enfermedad orgánica cerebral. - Con medicamentos ARA II (losartán , candesartán , telmisartán)
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes, enfermedad cardiovascular severa, primer trimestre del embarazo, insuficiencia renal, depleción de sodio, deshidratación severa, lactancia.
Efectos adversos	Frecuentes: leucocitosis, poliuria, polidipsia, boca seca, temblor de manos, cefalea, disminución de la memoria, confusión, debilidad muscular, cambios en el EKG, náusea, vómito, diarrea, hipereflexia, vértigo, aumento de peso, reacciones dermatológicas, somnolencia. Poco frecuentes: síntomas extrapiramidales, hipotiroidismo, acné, caída de cabello, dolor abdominal, espasmos musculares, cansancio, exantemas, signos de hipotiroidismo, pulso irregular, taquicardia, disnea, leucocitosis, diabetes insípida nefrótica, daño renal. Raros: letargo, convulsiones, toxicidad renal, arritmias

	ventriculares, síncope, síndrome de Brugada, hiperparatiroidismo, pseudotumor cerebral, fenómeno de Raynaud, diabetes insípida, coma, hipermagnesemia, nistagmus, polineuropatía periférica, neutrofilia.
Interacciones	Disminución de la eficacia: - Anfetaminas: el litio antagoniza la estimulación de SNC producida por las anfetaminas. - Antiácidos, alcalinizadores urinarios como bicarbonato o citrato de sodio: disminuyen niveles de litio por excreción renal aumentada en orina alcalina, especialmente con uso crónico de antiácidos. - Anticolinérgicos: alteran la concentración del litio por alteración de la motilidad GI. - Diuréticos osmóticos, teofilina: excreción renal aumentada. - Metildopa, fenitoína, tetraciclinas: mecanismo no establecido. Aumento de los efectos adversos: - La manía, posiblemente por alteración del transporte de Calcio. Sin embargo aumenta la toxicidad sobre el SNC. Amitriptilina, diclofenaco, ergotamina, fentanilo: incrementan los niveles de serotonina. - Haloperidol, carbamazepina, clozapina, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos típicos y atípicos, mirtazapina: efecto aditivo, toxicidad en SNC u otros no conocidos. - IECA, ARAII(losartan, candesartan, telmisartan), hidroclorotiazida, furosemida, diuréticos ahorradores de potasio, AINEs, ICX2, metronidazol, tinidazol: excreción renal disminuida, aumentando su toxicidad. - Meperidina, prometazina, levomepromazina, haloperidol: mecanismo no determinado, aumenta riesgo de efectos extrapiramidales y neurotoxicidad. - Pancuronio, atracurio, mivacurio y otros relajantes musculares no despolarizantes: efecto sinérgico, aumenta bloqueo neuromuscular. - Sibutramina, ergotamina, ISRS, tramadol: efecto aditivo, aumenta riesgo de síndrome serotoninérgico. - Verapamilo, diltiazem: disminuye niveles de litio y puede empeorar.
Uso en el embarazo	Categoría D
Uso en la lactancia	Contraindicado

Quetiapina

ATC	N05AH04
Indicación avalada en esta GPC	Tratamiento de la depresión resistente
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral: 25 mg - 300 mg
Dosis	Episodio depresivo mayor. Adultos: - Días 1 y 2: 50 mg Vía oral hora sueño. - Día 3: se puede incrementar a 150 mg Vía oral hora sueño.

Precauciones	- Rango de dosis efectiva: 150-300 mg/día. - Precaución en menores de 12 años, excepto cuando los beneficios superan los riesgos. - En enfermedades cardiovasculares o cerebrovasculares. - Prolongación congénita del segmento QT. - Hipokalemia, hipomagnesemia- - Hipotensión. - Síndrome neuroléptico maligno - En pacientes con cáncer de mama. - Antecedentes de convulsiones. - Incrementa el riesgo de hiperglicemia, aumento de peso y diabetes. En ocasiones el uso concomitante con antipsicóticos atípicos pueden producir cetoacidosis, coma hiperosmolar y muerte. - En adultos mayores con demencia incrementa el riesgo de efectos adversos cardiovasculares, incluyendo hemorragias cerebrales. - Puede producir discinesia al suspender el medicamento. - Asociado a hipotensión ortostática. - Dislipidemia, aumento de peso. - Alteraciones en la función tiroidea - Monitorizar en pacientes con cataratas. - Incremento de la tensión arterial en niños y adolescentes. - Puede ocurrir leucopenia, neutropenia y agranulocitosis. - Puede ocurrir somnolencia. - Prolongación del intervalo QT. Evitar el uso concomitante con drogas que prolonguen el intervalo QT. - En síndrome depresivo mayor. - Puede aumentar la ideación suicida en adolescentes.en deshidratación, hipovolemia, hipotensión, diabetes mellitus e hiperlipidemia.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes.
Efectos adversos	Frecuentes: mareos, boca seca, cefalea, somnolencia, dolor abdominal, constipación, dispepsia, vómito, incremento del apetito, aumento de peso, agitación, astenia, temblor, dolor de espalda, hipotensión postural, taquicardia, fiebre, faringitis, rinitis, rash, alteraciones visuales, artralgias. Poco frecuentes: hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia, hipotiroidismo, elevación de las enzimas hepáticas, elevación del colesterol total, sonambulismo, hipotermia, prolongación del intervalo QT, leucopenia, neutropenia. Raros: hipotensión severa, síncope, síntomas extrapiramidales, disquinesia tardía, distonía, hipertermia, hipotermia, convulsiones, hiperglicemia severa, diabetes mellitus, priapismo, agranulocitosis, leucopenia, cataratas, hemorragia cerebral, exacerbación de depresión, intentos suicidas, disfagia severa, anafilaxia, síndrome de Steven Johnson, extrapiramidalismo neonatal, síndrome de abstinencia neonatal.
Interacciones	Disminución de la eficacia: - Anticolinérgicos/sedantes, atropina, pancuronio: disminuyen la

	absorción GI. - Barbitúricos, corticosteroides, fenitoina, carbamazepina, rifampicina: aumenta su metabolismo hepático y disminuyen sus niveles plasmáticos. - Metanfetaminas, cafeína, norepinefrina: disminuyen el efecto sedante. Aumento de los efectos adversos: - Alprazolam, Amitriptilina, clemastina, clonazepam, codeína, diazepam, fentanilo, imipramina, morfina, tramadol: incrementa el efecto de sedación. - Amiodarona, azitromicina, ciprofloxacina, levofloxacina, claritromicina, eritromicina, cisaprida, fluconazol, itraconazol, ketoconazol, ondansetrón: incrementa la toxicidad por aumento de los niveles séricos, debido a alteración del metabolismo hepático, con riesgo de prolongación del intervalo QT. - Clorpromazina, haloperidol, metoclopramida: incrementa los efectos antidopaminérgicos, síntomas extrapiramidales. - Clonidina: incrementa el riesgo de hipotensión y delirio. - Etanol: riesgo de depresión del SNC. - Insulina: asociados a hiperglicemia, es necesario vigilar más frecuentemente los niveles de glucosa.
Uso en el embarazo	Categoría C
Uso en la lactancia	Segura durante la lactancia.

Risperidona

ATC	N05AX08
Indicación avalada en esta GPC	Tratamiento de la depresión resistente
Forma farmacéutica y concentración	Sólido oral: 1 mg y 2 mg Sólido parenteral: 25 mg y 37.5 mg Líquido oral: 1 mg/ml
Dosis	Esquizofrenia Adultos: - Dosis inicial: 2 mg/día cada día vía oral - Incrementos: 1-2 mg/día en intervalos ≥ 24 horas - Dosis objetivo recomendada: 4-8 mg/día cada día o dividida cada 12 horas. (La eficacia sigue la curva de Bell, por tanto, 4-8 mg/día vía oral más efectivos que 12-16 mg/día vía oral). - Alternativa: 12.5-50 mg intramuscular en musculo deltoides o glúteo cada 2 semanas, la dosis no debe ser ajustada en menos de 4 semanas. - Se recomienda estabilizar la tolerabilidad oral de risperidona, antes de iniciar el tratamiento con risperidona Intramuscular. Desorden bipolar maniaco Adultos: - Dosis inicial: 2 mg - 3 mg/día vía oral, una vez al día. - Incrementos: 1 mg/día vía oral a intervalos de 24 horas hasta 6 mg/día. No se dispone de recomendaciones de dosis para uso por más de 3 semanas. - Alternativa: 12.5 mg - 50 mg intramuscular en musculo deltoides o glúteo cada 2 semanas. Las dosis no deberán ser



	ajustadas en menos de 4 semanas. - Se recomienda estabilizar la tolerabilidad oral de risperidona, antes de iniciar el tratamiento con risperidona intramuscular. En pacientes con falla renal severa y hepática debería regular la dosis y no exceder 2 mg cada día e incrementar los intervalos de dosificación. Se puede iniciar 0.50 mg dos veces al día e incrementar en la segunda semana y no exceder los 2mg. Trastorno de comportamiento y psicosis en ancianos: Iniciar con 0,5 mg dos veces al día, incrementar a 0,5 mg dos veces al día, cada semana hasta llegar a 2 mg/día.
Precauciones	- Psicosis relacionada a demencia por incremento de alteraciones cardiovasculares o infecciones que pueden ser fatales. - Incrementa el riesgo de enfermedad cerebrovascular. - En pacientes con antecedentes de convulsiones, enfermedad de Parkinson, demencia, hipovolemia, deshidratación. - Se ha reportado leucopenia, neutropenia, agranulocitosis, en pacientes con factores de riesgo o en antecedentes de leucopenia o neutropenia inducidos por medicamentos. - Suspender el tratamiento al primer signo de disminución significativa de leucocitos (<1000/μL) en ausencia de otros factores causales. Continuar monitorizando el recuento leucocitario hasta su recuperación. - Niños o adolescentes. - Riesgo de hipotensión ortostática. - Asociado a cambios metabólicos como hiperglicemia, dislipidemia o ganancia de peso. - En algunos casos la hiperglicemia asociada a antipsicóticos atípicos están asociados con cetoacidosis, coma hiperosmolar y muerte súbita. - En insuficiencia renal o hepática. - En antecedentes de convulsiones. - Si hay riesgo de neumonía por aspiración por disfunción esofágica o demencia de Alzheimer avanzada. - Cáncer de mama, por riesgo de exacerbación. - ICC, isquemia, antecedentes de infarto del miocardio, arritmias, bradicardia o uso concomitante con medicamentos que prolongan el intervalo QT. ECV. Diabetes mellitus. - Vigilar presencia de síntomas extrapiramidales o de discinesia tardía. - Vigilar posible hiperglicemia e intentos suicidas.
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes.
Efectos adversos	Frecuentes: somnolencia, insomnio, agitación, ansiedad, cefalea, rinitis, hiperprolactinemia, constipación, dispepsia, náusea, vómito, dolor abdominal, estreñimiento, dispepsia, mareos, síntomas extrapiramidales, ginecomastia en niños, rash, taquicardia, acatisia y otros síntomas extrapiramidales, insomnio, ansiedad o nerviosismo, visión borrosa, alteraciones de la acomodación, disminución de la libido o disfunción sexual, dismenorrea, metrorragia, disuria, poliuria, alteraciones del ánimo y de la conducta, con agresividad, agitación, dificultad para concentrarse, alteraciones de la memoria, exantemas,

	prurito, astenia, fatiga, tos, sequedad de la boca, cefalea, aumento de peso. Poco frecuentes: agranulocitosis, incremento del colesterol sérico, delirio, cetoacidosis, hipotensión ortostática, convulsiones, diabetes mellitus, hipertermia, hipoglicemia, hipotermia, mielosupresión, priapismo, prolongación del intervalo QT, discinesia tardía, apnea del sueño, retención urinaria, piel seca e hiperpigmentada, diaforesis intensa, sialorrea, seborrea, fotosensibilidad, infecciones respiratorias altas, pérdida de peso, amenorrea, hipotensión ortostática, palpitations, taquicardia, dolor torácico, accidentes cerebrovasculares, disnea, galactorrea. Raros: hipotensión severa, síncope, síntomas extrapiramidales, convulsiones, disfagia severa, angioedema, anafilaxia, eritema multiforme, leucopenia, neutropenia. Ideas suicidas, síntomas extrapiramidales neonatales, síndrome de abstinencia neonatal, purpura trombocitopenica trombótica, síndrome neuroléptico maligno.
Interacciones	Disminución de la eficacia: - Agonistas dopaminérgicos como levodopa, bromocriptina: antagonismo dopaminérgico. - Rifampicina, carbamazepina, fenitoína, nevirapina, efavirenz, bromocriptina, carbegolina: disminución de niveles plasmáticos por inducción del metabolismo hepático. Aumento de los efectos adversos: - Amiodarona, cisaprida, ondansetrón, quinidina, amitriptilina: incrementa el intervalo QT y el riesgo de arritmias. - Clorpromazina: incrementa los efectos extrapiramidales y sedantes. - Diazóxido: efecto aditivo, aumenta riesgo de hiperglicemia. - Etanol, ácido valproico, antidepresivos tricíclicos, tramadol, opiáceos, fenotiazinas, relajantes musculares, dantroleno, cetirizina, benzodiazepinas: efecto aditivo, aumenta depresión del SNC. - Haloperidol, clozapina, alprazolam: efecto aditivo e inhibición del metabolismo hepático, aumenta depresión del SNC. - Hipoglucemiantes orales, insulina: efectos antagónico, aumenta riesgo de hiperglicemia. - IMAO no selectivos como selegilina, procarbazina, tranilcipromina: efectos aditivos, aumenta riesgo de hipotensión. - Metoclopramida: efectos aditivos, aumenta riesgo de efectos extrapiramidales y neurotoxicidad
Uso en el embarazo	Categoría C
Uso en la lactancia	No administrar durante la lactancia

Sertralina

ATC	N06AB06
Indicación avalada en esta GPC	Tratamiento de la depresión.
Forma	Sólido oral: 50 mg – 100 mg

farmacéutica y concentración	
Dosis	Iniciar con dosis fraccionada y administrar con estómago vacío. Adultos: Dosis inicial: 50 mg Vía oral cada día Incrementos: 25 mg – 50 mg/día cada semana por razones necesarias (PRN). Dosis máxima: 200 mg/día.
Precauciones	Puede provocar pensamientos suicidas o cambio del comportamiento especialmente en niños, adolescentes y jóvenes. Se debe observar cuidadosamente en busca de cambios del comportamiento, empeoramiento clínico, y tendencias suicidas. Estos eventos generalmente se producen en los dos primeros meses de tratamiento. Suspender el tratamiento si se observa empeoramiento conductual o tendencias suicidas que no sean parte de los síntomas usuales del paciente. Se ha reportados síndrome serotoninérgico con la administración de este medicamento, sin embargo existe un riesgo mayor con la ingesta concomitante de otros agentes serotoninérgicos. (triptanes, antidepresivos tricíclicos, fentanilo, litio, tramadol bupiriona especialmente). Uso con precaución en pacientes con antecedente de convulsiones. Se ha reportado episodios ansiosos, insomnio y pérdida importante de peso, que generalmente se acompaña con disminución del apetito. Los cambios en las dosis generalmente no se reflejan en los niveles plasmáticos sino hasta semanas después. El riesgo de presentar sangrado gastrointestinal incrementa, especialmente cuando se administra conjuntamente con AINES, ácido acetil salicílico, o drogas que actúan sobre la coagulación. Pacientes con glaucoma agudo de ángulo cerrado. Paciente con trastorno bipolar, puede incrementar el riesgo de manía. Pacientes con hiponatremia. Adultos mayores con deterioro cognitivo y alteraciones de las funciones motoras. Hiponatremia (anciano)
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al medicamento o a sus componentes, administración concomitante con pimozida o tioridazina, tratamiento con inhibidores de la MAO y disulfiram (ver precauciones).
Efectos adversos	Frecuentes: diarrea, náusea, cefalea, insomnio, convulsiones, mucosa oral seca, fatiga, somnolencia, alteración en la eyaculación y discinesia. palpitaciones, dolor en el pecho, hipertonía, hipoestesia, Poco frecuente: agitación, anorexia, estreñimiento, dispepsia, decremento de la libido, tremor, vómito. Raros: astenia, dolor de espalda, dolor torácico, hipertonía, hipostesia, impotencia, alteraciones del apetito, malestar general, mialgia, palpitaciones, tinnitus, síndrome

	serotoninérgico y bostezos.
Interacciones	Disminuye eficacia de: Nevirapina, rifampicina: inducción del metabolismo hepático. Aumento de los efectos adversos: Inhibidores de la MAO: se ha reportado serio e incluso fatales reacciones que incluyen hipertermia, rigidez, mioclonos, inestabilidad autonómica, con fluctuaciones de los signos vitales y cambios del estado mental que incluyen agitación extrema, delirio y coma. Pimozida, cisaprida, amiodarona: fluoxetina produce disminución del metabolismo de estos medicamentos y riesgo de prolongación del intervalo QT. Tioridazina, linezolid, selegilina, tranilcipromina, metoclopramida: incrementa el riesgo de presentar síndrome serotoninérgico por inhibición de la MAO-A e incremento de los niveles de serotonina. Suspender estos medicamentos e iniciar la terapia con fluoxetina por lo menos 24 horas después. Con metoclopramida puede presentar además síndrome neuroléptico maligno u otros síntomas extrapiramidales. Antidepresivos tricíclicos típicos y atípicos, antipsicóticos y antiarrítmicos: fluoxetina inhibe la actividad del CYP2D6 incrementado los niveles plasmáticos de estos medicamentos. Antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos (haloperidol), anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina): la administración conjunta con fluoxetina incrementa los niveles plasmáticos de estos medicamentos. Benzodiacepinas: la administración conjunta con fluoxetina incrementa la vida media de este medicamento. Litio: los niveles séricos de este medicamento son fluctuantes y pueden presentar incrementos o decrementos plasmáticos. Ácido acetil salicílico, AINEs, warfarina: Incrementan el riesgo de sangrado gastrointestinal por inhibición del metabolismo hepático.
Uso en el embarazo	Categoría C. En el tercer trimestre se asocia con hipertensión pulmonar persistente en el neonato, que podría requerir hospitalización prolongada, soporte respiratorio y alimentación por sonda nasogástrica. No debe utilizarse durante el embarazo salvo que el beneficio potencial supere el riesgo.
Uso en la lactancia	Muy segura durante la lactancia.

Fuente: Consejo Nacional de Salud (2013).⁽²⁶⁸⁾

Anexo 13. Dispositivos médicos**Lista de dispositivos médicos esenciales para diagnóstico y tratamiento de la depresión**

Código único de dispositivos médicos-CUDIM	Nombre genérico	Especificaciones técnicas
17-028	Reactivos/Kits para biometría hemática, automatizado	Citometría de flujo: incluye reactivos listos para usar.
18-929	Reactivos/Kits para determinación de glucosa	Método enzimático: contiene reactivos listos para usar: puede incluir su propio calibrador.
19-110	Reactivos/Kits para determinación de tiroxina total (T4)	Reactivos listos para usar: puede utilizar diferentes metodologías.
19-865	Reactivos/Kits para determinación de TSH	Reactivos listos para usar: puede utilizar diferentes metodologías.
12-736	Agujas para extracción de sangre al vacío (toma múltiple)	Aguja de doble punta, de acero inoxidable, empaque individual plastificado, posee sello de seguridad. Estéril y descartable.
14-183	Tubo para extracción de sangre al vacío	Sellado al vacío, posee etiquetado de identificación de paciente, cierre hermético y doble tapón de seguridad. Estéril y descartable.
Equipos de laboratorio		

ES FIEL COPIA DEL DOCUMENTO QUE CONSTA EN EL ARCHIVO
DE LA DIRECCIÓN NACIONAL DE SECRETARÍA GENERAL AL QUE
ME REMITO EN CASO NECESARIO. LO CERTIFICO EN
QUITO A, 23 MAR. 2017
SECRETARÍA GENERAL
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA