

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica

Diagnóstico y Tratamiento del
Trastorno Depresivo en el Adulto

Evidencias y Recomendaciones

Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-161-09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Av. Paseo de la Reforma No. 450 piso 13, Colonia Juárez,
Delegación Cuauhtémoc, 06600 México, DF.

[Página Web: www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright CENETEC

Editor General

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta Guía de Práctica Clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta Guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

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

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto, México: Secretaría de Salud; 2009.

Esta Guía puede ser descargada de Internet en:

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

ISBN en trámite

F32 Episodio Depresivo
F33 Trastorno Depresivo Recurrente

Guía de Práctica Clínica
Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto

Autores:

Dr. José Luis Esquinca Ramos	Psiquiatría		Consulta especializada e interconsultante/HGZ 24 Delegación 1 Noroeste
Dra. Araceli García América	Psiquiatría		Consulta especializada e interconsultante /Hospital de Traumatología "Dr. Victorio de la Fuente Narváez". Delegación 1 Noroeste
Dr. Eduardo Cuauhtémoc Platas Vargas	Psiquiatría		Consulta especializada e interconsultante /HGO y UMF 13. Delegación 1 Noroeste
Lic. Dulce María Rodríguez Galindo	Psicología Clínica	IMSS	Consulta especializada e interconsultante /Hospital de Especialidades CMN La Raza "Dr. Antonio Fraga Mouret". Delegación 2 Noroeste
Dr. Miguel Ángel Zamora Olvera	Psiquiatría		Coordinador de Programas Médicos/Coordinación de Programas Integrados de Salud.
Dra. Sonia Patricia de Santillana Hernández	Medicina Familiar		Consulta externa/ UMF 41. Delegación 1 Noroeste.
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Medicina Familiar		Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica/Coordinación de UMAES. División de Excelencia Clínica

Validación

Dr. Juan Pablo Fernández Hernández	Psiquiatría	IMSS	Hospital General de Zona 25 Tlatelolco.Delegación Norte DF
Dr. Alejandro Córdoba	Psiquiatría		UMAE Hospital Psiquiátrico San Fernando Delegación Sur DF

ÍNDICE

1. Clasificación.....	5
2. Preguntas a responder por esta Guía.....	6
3. Aspectos Generales.....	7
3.1 Antecedentes	7
3.2 Justificación	8
3.3 Objetivo de esta Guía	8
3.4 Definición.....	8
4. Evidencias y Recomendaciones	9
4.1 Prevención Primaria.....	10
4.1.1 Promoción de la Salud	10
4.1.1.1 Estilos de vida	10
4.2 Prevención Secundaria.....	11
4.2.1 Detección. Factores de Riesgo	11
4.3 Diagnóstico.....	12
4.3.1 Diagnóstico Clínico	12
4.3.2 Pruebas Diagnósticas.....	14
4.4 Tratamiento	15
4.4.1 Tratamiento Farmacológico.....	15
4.4.2 Tratamiento No Farmacológico.....	18
4.5 Criterios de Referencia y Contrarreferencia	20
4.5.1 Criterios Técnico Médicos de Referencia.....	20
4.5.1.1 Referencia al segundo nivel de atención	20
4.5.1.2 Referencia al tercer nivel de atención	20
4.5.2 Criterios Técnico Médicos de Contrarreferencia.....	21
4.5.2.1 Contrarreferencia al primer nivel de atención.....	21
4.6 Vigilancia y Seguimiento	21
4.7 Tiempo estimado de recuperación y días de incapacidad cuando proceda	24
Algoritmos.....	25
5. Definiciones Operativas.....	30
6. Anexos	32
6.1. Protocolo de Búsqueda.....	32
6.2. Sistemas de clasificación de la evidencia y fuerza de la recomendación	33
6.3 Clasificación o Escalas de la Enfermedad	38
6.4. Medicamentos.....	46
7. Bibliografía.....	50
8. Agradecimientos	52
9. Comité Académico.....	53
10. Directorio	54
11. Comité Nacional Guías de Práctica Clínica.....	55

1. CLASIFICACIÓN

REGISTRO : IMSS-161-09	
PROFESIONALES DE LA SALUD	Médicos Psiquiatras y Psicólogos
CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD	F32 Episodio depresivo F33 Trastorno depresivo recurrente
NIVEL DE ATENCIÓN	Primero, Segundo y Tercer Nivel de Atención
CATEGORÍA DE LA GPC	Prevención Diagnóstico Tratamiento Educación para la Salud.
USUARIOS	Enfermeras Trabajadores Sociales Personal de salud en formación y servicio social Psicólogos Médicos Generales, Médicos Familiares, Médicos Psiquiatras y de otras especialidades
POBLACIÓN BLANCO	Mujeres y hombres de 18 a 59 años
INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES CONSIDERADAS	Identificación de poblaciones en riesgo Escrutinio por medio de dos preguntas y escala auto aplicable Identificación de los criterios Diagnósticos CIE 10 y uso de nemotecnia PSICACES Tratamiento farmacológico y no farmacológico Seguimiento
IMPACTO ESPERADO EN SALUD	Mejorar la capacidad en los tres niveles de atención en el diagnóstico oportuno y manejo del trastorno depresivo Referencia y contrarreferencia oportuna y adecuada Optimizar uso de recursos terapéuticos y diagnósticos Optimizar uso de servicios de hospitalización psiquiátrica, y de urgencias Disminuir recaídas y recurrencias Mejorar la calidad de vida del paciente con depresión Disminuir la discapacidad secundaria al trastorno depresivo
METODOLOGÍA	Adaptación, adopción de recomendaciones basadas en las guías de referencia.
MÉTODO DE VALIDACIÓN Y ADECUACIÓN	Se llevará a cabo una validación externa por pares.
CONFLICTO DE INTERES	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés en relación a la información, objetivos y propósitos de la presente Guía de Práctica Clínica
REGISTRO Y ACTUALIZACIÓN	REGISTRO _____ FECHA DE ACTUALIZACIÓN a partir del registro 2 a 3 años

Para mayor información sobre los aspectos metodológicos empleados en la construcción de esta guía, puede contactar al CENETEC a través del portal: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/>.

2. PREGUNTAS A RESPONDER POR ESTA GUÍA

- 1- ¿Qué es el trastorno depresivo?
 - a. ¿Cuáles son los factores de riesgo relacionados con el trastorno depresivo?
 - b. ¿Cuáles son las poblaciones de riesgo?
 - c. ¿Cuáles son las estrategias preventivas, eficaces en poblaciones de riesgo?
- 2- ¿Cuál es la clasificación actual en la CIE 10 del trastorno depresivo?
- 3- ¿Cuáles son los criterios diagnósticos del trastorno depresivo?
- 4- ¿Cuál es el diagnóstico diferencial del trastorno depresivo?
- 5- ¿Cuál es el tratamiento vigente del trastorno depresivo?
- 6- ¿Cuáles son las estrategias psicoterapéuticas eficaces para el trastorno depresivo?
- 7- ¿Cuáles son las estrategias educativas eficaces para el manejo del trastorno depresivo?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

Más de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida. En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años. La depresión para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

En México los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con incapacidad. (Frenck, citado en Mariana Bello 2005 y Medina Mora 2003). Cuatro de los padecimientos más discapacitantes: esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo (ídem).

La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) aplicada en 2003 señalan:

- Una de cada 5 personas presenta al menos un trastorno mental en su vida
- 13.9 % refirió haber padecido alguno de los trastornos mentales durante el año previo a la encuesta, 5.8% en los últimos 30 días
- Los hombres presentan prevalencia más alta para cualquier trastorno que las mujeres (30.4% vs 27.1%).
- Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres.

En México de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño 2002-2003 (ENED) en un periodo anual previo a la entrevista el 5.8% de las mujeres y 2.5 % de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con depresión; la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. Por grupo de edad en las mujeres menores de 40 años fue de 4% y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mujeres mayores de 60 años. En los hombres la prevalencia por grupos de edad fue de 1.6 y 5.0% respectivamente.

La incapacidad laboral media para todos los trastornos depresivos y de ansiedad es de 7 días al mes superior a la de cualquier otra enfermedad crónica como el caso de las enfermedades reumáticas. (Universidad Complutense de Madrid, tesis de grado de doctor Ricardo Omaña Palanco 2008, Estudio sobre la depresión según la encuesta nacional de salud: 1995-2003). En México la ENEP encontró que los días de actividad perdidos por depresión fueron 25.5 mayor que los días de actividad perdidos por enfermedades crónicas (6.89)

3.2 JUSTIFICACIÓN

El trastorno depresivo es una condición mórbida de alta prevalencia, cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años, su mortalidad es mayor al de otras condiciones médicas crónicas, incrementa la morbi-mortalidad cuando acompaña a otros padecimientos médicos, genera altos costos para los sistemas de salud, incluye a población de todos los grupos de edad, género y condición social, económica y educativa, genera un alto grado de afectación funcional, así como sufrimiento a quien lo padece y personas cercanas.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La Guía de Práctica Clínica *Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto*. Forma parte de las Guías que integrarán el *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica*, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción *Específico de Guías de Práctica Clínica*, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*.

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

Esta guía pone a disposición del personal de los tres niveles de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1.- Prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a personas afectadas por el trastorno depresivo.

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

3.4 DEFINICIÓN

La **depresión** es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	1a [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 6.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta guía

	EVIDENCIA
	RECOMENDACIÓN
	BUENA PRÁCTICA

4.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

4.1.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

4.1.1.1 ESTILOS DE VIDA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>No existe evidencia científica en la actualidad que sustente la utilidad de medidas preventivas para evitar la aparición de casos nuevos de depresión.</p>	<p>III [E:Shekelle] Jane-Llopis , 2003</p>
 <p>Las actividades recreativas, relajantes, deportivas y el ejercicio, así como medidas para mejorar el entorno ambiental, pueden ser recomendados en personas que presentan factores de riesgo, ya que aunque su eficacia no está demostrada científicamente como factores preventivos, colaboran en mejorar las condiciones físicas y emocionales del individuo.</p>	<p>III [E:Shekelle] Larun, 2008</p> <p>C [E:Shekelle] Larun, 2009</p> <p>C [E:Shekelle] Larun L,2008</p>

4.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

4.2.1 DETECCIÓN. FACTORES DE RIESGO

Evidencia / Recomendación	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
E	<p>Entre las variables que incrementan el riesgo de depresión se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de depresión • Pérdida significativa reciente • Enfermedad crónica, en especial en aquellos pacientes con pobre respuesta a tratamientos. • Eventos altamente estresantes • Violencia domestica. • Cambios significativos en el estilo de vida. • Embarazo en mujeres con antecedente de depresión 	<p>III [E:Shekelle] (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)</p> <p>R (ICSI, 2008)</p> <p>IV (NICE, 2007)</p> <p>I (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)</p>	
	R	<p>Investigar los siguientes antecedentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familiares con Depresión. • Enfermedades Endocrinas, Autoinmunes, Cardiovasculares. • Uso crónico de medicamentos como corticoesteroides, antihipertensivos, etc. • Exposición a adversidades a lo largo de la vida. • Consumo de sustancias psicoactivas. • Si tiene algún trastorno mental. • Pérdida de empleo o de un ser querido recientemente. 	<p>C [E:Shekelle] (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid. 2008)</p> <p>D (NICE, 2007)</p> <p>C [E:Shekelle] (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)</p>
		R	<p>En pacientes con alto riesgo de depresión preguntar si en el último mes:</p> <p>¿Ha perdido interés o placer por las cosas que antes disfrutaba?</p> <p>¿Se ha sentido triste o desesperanzado?</p> <p>¿Tiene problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido?</p>

E

El insomnio es una queja frecuente en el primer nivel de atención relacionado con la depresión que es poco investigado.

III
[E:Shekelle]
(Valencia, 2000.)

✓/R

En todo paciente con insomnio deberá investigarse la presencia de depresión.

III
[E:Shekelle]
(Kruger, 2000)

✓
Buena practica

4.3 Diagnóstico

4.3.1 Diagnóstico Clínico

(Ver Anexo 3)

Evidencia / Recomendación

Nivel / Grado

E

Son síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión

PSICACES (mnemotecnia)

P- Psicomotricidad disminuida o aumentada

S- Sueño alterado (aumento o disminución)

I- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute)

C- Concentración disminuida

A- Apetito y peso (disminución o aumento)

C- Culpa y autorreproche

E- Energía disminuida, fatiga

S- Suicidio (pensamientos)

2,3
(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

Nota: La reacción adaptativa, en la que se incluye el duelo corresponde a una respuesta normal que no requiere tratamiento, a menos que reúna criterios de depresión.

R

Si el paciente responde a una o ambas preguntas de escrutinio afirmativamente, se deberán investigar los síntomas de **PSICACES** y los criterios de la **CIE-10**.

Se elabora diagnóstico de depresión, si presenta humor depresivo (o pérdida del interés) y 4 de los anteriores síntomas la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas.

Además si estos síntomas han afectado negativamente su rendimiento (personal, laboral, académico, familiar, social).

D
[E:Shekelle]
(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

E

En todo paciente deprimido se deberá investigar riesgo suicida haciendo énfasis en aquellos que manifiestan los siguientes síntomas y factores de riesgo:

- Ideas de muerte
- Pérdida del sentido de la vida
- Desesperanza
- Intentos previos
- Sexo masculino
- Edad avanzada
- Vivir solo
- Intentos suicidas previos
- Historia familiar de suicidio
- Historia familiar y personal de abuso de sustancias (principalmente alcohol)
- Psicosis
- Enfermedades crónicas, terminales, invalidantes y dolorosas
- Impulsividad
- Pobre capacidad para manejo del estrés

Cuestionar sobre ideas de muerte o suicidas, si presenta desesperanza, si siente que la vida no tiene sentido y si ha presentado intentos

R

Sí la respuesta es afirmativa:

1.- Preguntar sobre planes de suicidio, forma de realizarlo, si tiene fácil acceso al método suicida, si ha escrito alguna nota, si hay algún factor que precipite o detenga el intento

2.- Entrevista a familiares sobre cambios conductuales

R

Se considerará como urgencia psiquiátrica:
Idea suicida persistente.
Intentos de suicidio previos y con ideas de muerte o suicidas actuales.
Existencia de factores severos de riesgo suicida (anexo 3 cuadro IX).
Plan suicida.

3

(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

III

[E:Shekelle]

(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)

5

(Tratamiento de Depresión en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Costa Rica, 2005)

D

[E:Shekelle]

(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

D

[E:Shekelle]

(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

4.3.2 PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Evidencia / Recomendación	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	El diagnóstico se basa en criterios clínicos referidos.	I- (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)
	Las escalas no han demostrado superioridad al uso de la entrevista estructurada, las guías de práctica clínica y los criterios diagnósticos de clasificaciones internacionales.	I (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)
R	Las escalas se utilizarán con cautela para establecer el diagnóstico, dando preferencia a la clínica	III [E:Shekelle] (Gilbody, 2005)
	Se sugiere su uso como apoyo para efectos de fortalecer el diagnóstico, detección de casos, monitoreo en la evolución y con propósitos de investigación.	✓ (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)
	Recomendamos el uso de la sub-escala de depresión de la HAD y PHQ 9. Ya que estas son auto-aplicables, breves y fácil de contestar y de evaluar. Anula la posibilidad de interpretación y de aspectos subjetivos.	B (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)
		C [E:Shekelle] (Gilbody S, 2006))
		M (ICSI, 2008)
	C [E:Shekelle] (Gilbody, 2005)	

4.4 TRATAMIENTO

4.4.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

(VER ANEXO 4)

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p>	<p>El tratamiento farmacológico esta indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Ningún antidepresivo ha demostrado superioridad sobre los otros</p> <p>Los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) tienen mayor tolerabilidad por menores efectos colaterales que los antidepresivos tricíclicos.</p> <p>IIb [E:Shekelle] (APAL, 2008)</p> <p>III [E:Shekelle] (APA, 2002)</p> <p>1++ (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)</p> <p>IV (NICE, 2007)</p> <p>A, D, R (ICSI, 2008)</p> <p>1 (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)</p> <p>III [E:Shekelle] (Thase, 1992)</p> <p>III [E:Shekelle] (Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007)</p>
<p>E</p>	<p>La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico. Los fármacos antidepresivos no generan adicción.</p> <p>IIb [E:Shekelle] (APAL, 2008)</p> <p>III [E:Shekelle] (APA, 2002)</p> <p>1++ (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)</p> <p>IV (NICE, 2007)</p> <p>A, D, R (ICSI, 2008)</p> <p>1 (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian,</p>

E

La respuesta antidepresiva se inicia posterior a la tercera semana de recibir el fármaco a dosis terapéutica.

Se debe mantener la misma dosis con la que se obtuvo la remisión durante todo el tratamiento.

Los dos errores más frecuentes en el tratamiento farmacológico de la depresión son la utilización de dosis insuficientes y durante períodos de tiempo demasiado cortos.

E

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 meses posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por dos años después de 2 episodios en el transcurso de 5 años y considerar mantenerlo de manera indefinida en los siguientes casos:

- Estado depresivo con una duración superior a un año
- Dos o más episodios durante los últimos 5 años

2007)
 III
 [E:Shekelle]
 (Thase, 1992)
 III
 [E:Shekelle]
 (Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007)
 IIb
 [E:Shekelle]
 (APAL, 2008)
 III
 [E:Shekelle]
 (APA, 2002)
 I++
 (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)
 IV
 (NICE, 2007)
 A, D, R
 (ICSI, 2008)
 I
 (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)
 III
 [E:Shekelle]
 (Thase, 1992)
 III
 [E:Shekelle]
 (Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007)
 IIb
 [E:Shekelle]
 (APAL, 2008)
 III
 [E:Shekelle]
 (APA, 2002)
 I++
 (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)
 IV
 (NICE, 2007)
 A, D, R
 (ICSI, 2008)
 I
 (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian,

2007)

III

[E:Shekelle]
(Thase, 1992)

III

(Shekelle,1999)
(Actualización Guía Manejo del Espectro
Depresión-Ansiedad, 2007)

B

[E:Shekelle]
(APAL, 2008)

A, ✓

(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el
Adulto, Madrid, 2008)

A

[E:Shekelle]
(Major Depressive Disorder–Diagnosis and
management. Guideline & Protocols. Canadian,
2007)

C

[E:Shekelle]
(Thase, 1992)

C

[E:Shekelle]
(Actualización Guía Manejo del Espectro
Depresión-Ansiedad, 2007)

B

[E:Shekelle]
(APAL, 2008)

C

[E:Shekelle]
(APA, 2002)

A, ✓

(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el
Adulto, Madrid, 2008)

C

(NICE, 2007)

II

(ICSI, 2008)

A

[E:Shekelle]
(Major Depressive Disorder–Diagnosis and
management. Guideline & Protocols. Canadian,
2007)

R

La elección del tratamiento se debe basar en la eficacia del medicamento, experiencia del clínico, condiciones especiales del paciente y antecedente de respuesta a tratamiento previo personal y/o en familiares de primer grado.

Se recomienda iniciar el tratamiento con un inhibidor selectivo de recaptura de serotonina (ISRS).

Proporcionar al paciente y familiares información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia.

R

Se sugiere que el antidepresivo de primera elección en casos de pacientes con otras patologías no psiquiátricas y con uso de varios fármacos sea sertralina o citalopram.

Que de acuerdo a la evidencia han mostrado menor grado de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios severos.

Uso con cautela de anfebutamona, venlafaxina, reboxetina, duloxetina y los ISRS en pacientes con epilepsia convulsiva.

E

La terapia electroconvulsiva es un tratamiento físico que ha demostrado utilidad en casos de depresión refractaria, riesgo suicida, depresión psicótica.

C
[E:Shekelle]
(Thase, 1992)

C
[E:Shekelle]
(Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007)

B
(APAL, 2008)

NICE
(NICE, 2007)

R

El uso de terapia electroconvulsiva se reserva al tercer nivel (hospitalización psiquiátrica), bajo medidas técnicas que garanticen la integridad del paciente, así como la supervisión de un comité de bioética, consentimiento informado del paciente y/o de un familiar o persona responsable cuando el paciente se encuentre impedido.

B
(APAL, 2008)

NICE
(NICE, 2007)

4.4.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	IIb [E:Shekelle] (APAL, 2008)
La intervención Psicoeducativa es parte fundamental del tratamiento psicosocial. Utiliza la educación como parte del tratamiento psicosocial proporcionando al paciente y familiares información específica acerca del trastorno así como entrenamiento en las técnicas para afrontar el trastorno.	III [E:Shekelle] (APA, 2002)
La intervención psicoterapéutica se valorará posterior a obtener respuesta sobre síntomas depresivos y deberá ser proporcionada por personal de psiquiatría y/o psicología.	1+ (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)
	A, D, R (ICSI, 2008)
	2 (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

R

Brindar desde la primera intervención al paciente y familiares información sobre el trastorno, causas, pronóstico, tratamiento, metas, efectos colaterales y duración

Formación de grupos de ayuda mutua por personal capacitado (enfermera, trabajadora social, orientadores)

Una vez que se obtuvo respuesta se valorará referir a instancias en las que se proporcionen intervenciones de prevención y promoción de la salud así como actividad física o recreativa supervisada.

B
[E:Shekelle]
(APAL, 2008)

C
[E:Shekelle]
(APA, 2002)

B, √
(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)

C
(NICE, 2007)

II
(ICSI, 2008)

A
[E:Shekelle]
(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

C
[E:Shekelle]
(Merec Bulletin)

1++ -1 +2
(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)

A, C, D, M, R
(ICSI, 2008)

1
(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

E

Las siguientes técnicas psicoterapéuticas: terapia cognitivo - conductual, terapia Interpersonal y la psicoterapia de solución de problemas, de acuerdo con la evidencia actual han mostrado utilidad en el manejo de la depresión en conjunto con antidepresivos.

R

Aplicar el manejo psicoterapéutico en pacientes que hayan superado la fase aguda de tratamiento y se consideren candidatos adecuados.

A
[E:Shekelle]
(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

4.5 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

4.5.1 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE REFERENCIA

4.5.1.1 REFERENCIA AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se referirá de primer a segundo nivel en los siguientes casos :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pobre o nula respuesta al tratamiento posterior a la utilización de la dosis terapéutica y por el tiempo mínimo necesario durante la fase aguda. • Abuso de sustancias. • Comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. 	<p>NICE (NICE, 2007)</p> <p>✓</p> <p>Buena practica</p>

4.5.1.2 REFERENCIA AL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se referirá de segundo a tercer nivel a los pacientes con episodio depresivo grave con:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alto riesgo de suicidio • Riesgo de heteroagresividad con y sin psicosis. • Necesidad de manejo en ambiente controlado. <p>En caso de condiciones clínicas que pongan en riesgo la integridad física del paciente o terceros se podrá referir de manera directa desde el primer nivel.</p>	<p>NICE (NICE, 2007)</p> <p>✓</p> <p>Buena practica</p>

4.5.2 CRITERIOS TÉCNICO MÉDICOS DE CONTRARREFERENCIA
4.5.2.1 CONTRARREFERENCIA AL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Se contra referirán de tercero a primer nivel pacientes en quienes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haya remitido la ideación suicida y alcanzado la remisión de síntomas agudos • Haya remitido la sintomatología psicótica • Pacientes con respuesta y estabilidad clínica en fase de continuación o mantenimiento. • Pacientes con máximo beneficio al tratamiento 	<p>NICE (NICE, 2007)</p> <p>✓</p> <p>Buena Practica</p>
 <p>Se contra referirán de segundo a primer nivel, los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En quienes haya remitido la sintomatología y se encuentren en fase de continuación y mantenimiento. • Pacientes con máximo beneficio 	<p>NICE (NICE, 2007)</p> <p>✓</p> <p>Buena Práctica</p>

4.6 VIGILANCIA Y SEGUIMIENTO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>El mantener un seguimiento estructurado favorece la adherencia al tratamiento, disminuir riesgo de recaídas y recurrencias y mejora el pronóstico.</p>	<p>1++ (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)</p> <p>A, C, M, R (ICSI, 2008)</p> <p>1 (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)</p> <p>IV (NICE, 2007)</p> <p>IIb [E:Shekelle] (APAL, 2008)</p>

R

En la fase inicial del tratamiento, de ser posible, citar en un plazo no mayor a 15 días para evaluar respuesta, posibles efectos colaterales y adherencia, por un periodo de hasta 8 semanas, y mensual por su médico de primer nivel durante la fase de continuación.

R

Posterior a contrarreferencia de segundo o tercer nivel, se citará cada mes con el médico de primer nivel y cada 6 meses con el psiquiatra, o antes si se considera necesario por inminente riesgo de recurrencia o complicación del caso.

Posterior al egreso hospitalario las citas se proporcionarán en períodos de hasta 15 días los primeros dos meses continuándose cada mes.

III

[E:Shekelle]

(Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad 2007).

B

(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)

C

(NICE, 2007)

II

(ICSI, 2008)

IIb

[E:Shekelle]
(APAL, 2008)

A

[E:Shekelle]

(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

III

[E:Shekelle]

(Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad 2007).

B

(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)

C

(NICE, 2007)

II

(ICSI, 2008)

IIb

[E:Shekelle]
(APAL, 2008)

A

[E:Shekelle]

(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

III

[E:Shekelle]

(Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad 2007).

R

Los pacientes con tratamiento de mantenimiento deben ser citados cada mes con su médico familiar y revaloración anual en psiquiatría, o antes si se considera necesario por inminente riesgo de recurrencia o complicación del caso.

En caso de ameritar manejo psicoterapéutico la cita será de ser posible, cada semana (criterio del psicólogo) en el servicio de psicología.

R

Una vez que se obtuvo respuesta terapéutica, el paciente se referirá a grupo educativo, y de acuerdo a criterio clínico a grupo de ayuda mutua en la unidad de primer contacto.

La atención se proporcionará por personal de enfermería, trabajo social u orientador capacitados o en instancia institucional o extra institucional que cuente con personal capacitado para ofrecer el servicio.

En pacientes con antecedente de episodios depresivos debe investigarse la presencia de síntomas depresivos en su programa preventivo anual.

B

(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)

C

(NICE, 2007)

II

(ICSI, 2008)

IIb

[E:Shekelle]
(APAL, 2008)

A

[E:Shekelle]

(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

III

[E:Shekelle]

(Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad 2007).

B

(GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)

C

(NICE, 2007)

II

(ICSI, 2008)

IIb

[E:Shekelle]

(APAL, 2008)

A

[E:Shekelle]

(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

3

(Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)

III

[E:Shekelle]

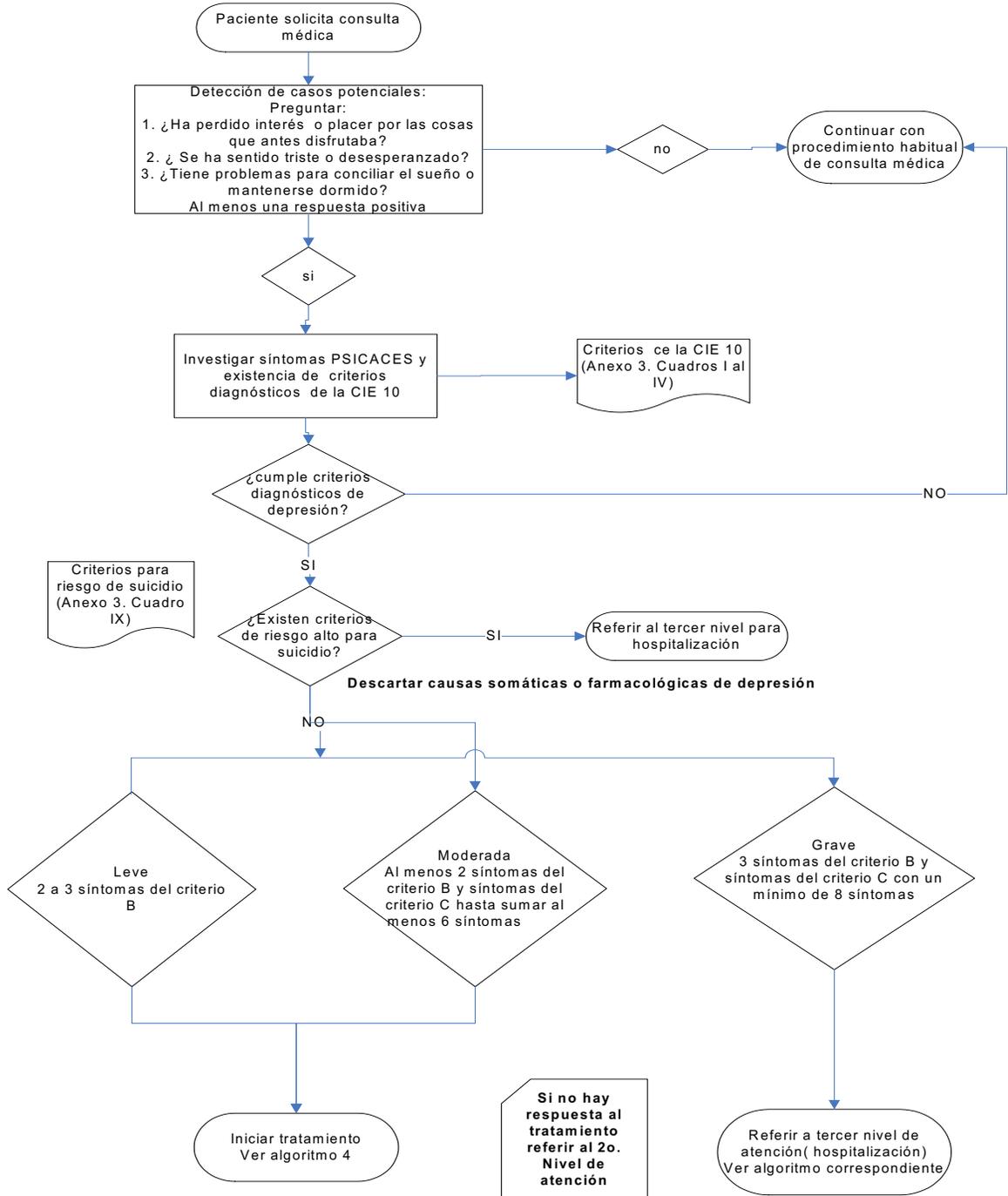
(Actualización Guía Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad 2007).

4.7 TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN Y DÍAS DE INCAPACIDAD CUANDO PROCEDA

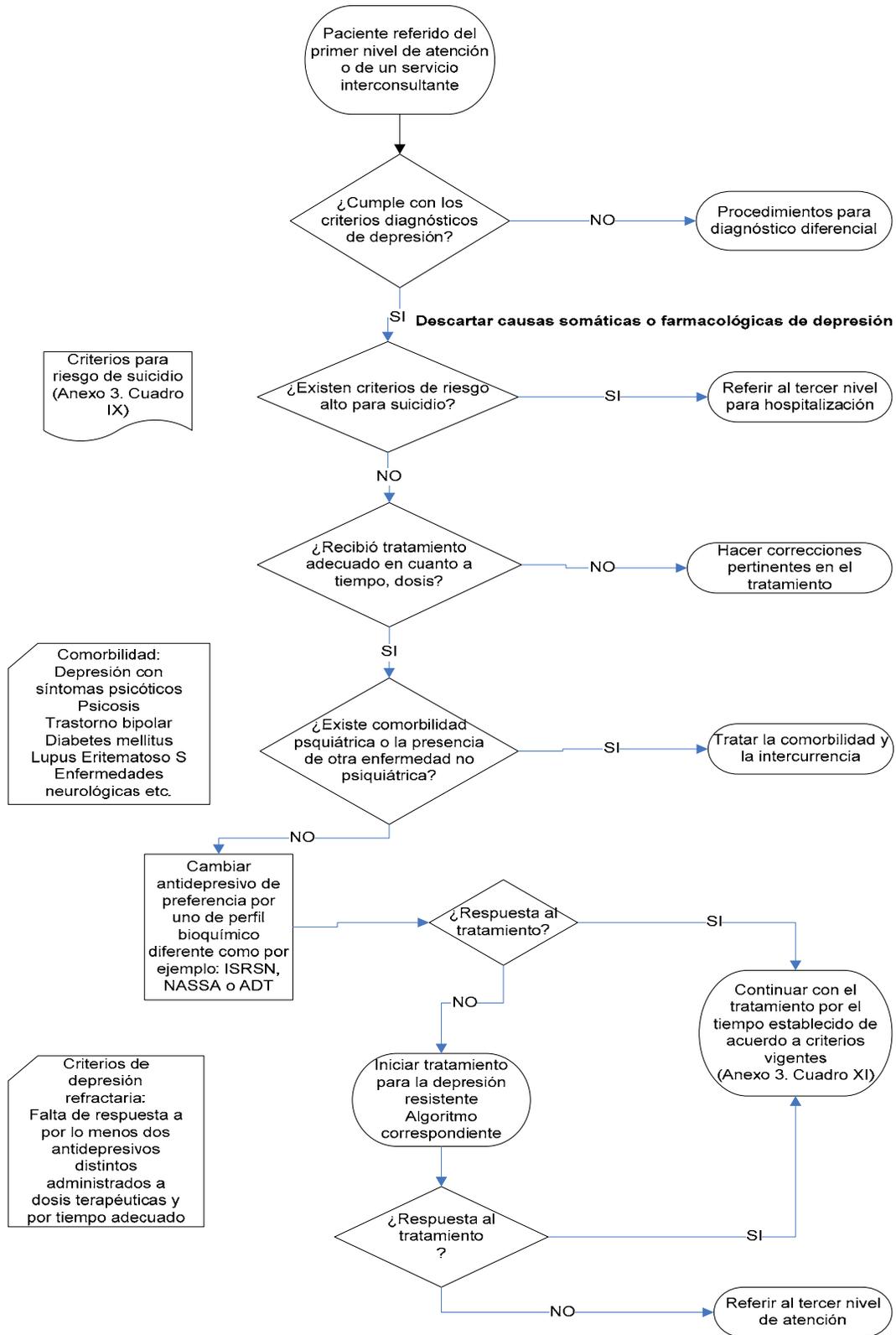
	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
	<p>La respuesta terapéutica inicia a partir de la segunda a tercera semana de contar con tratamiento a dosis terapéutica, y la remisión puede presentarse hasta después de la octava semana.</p>	<p>IIb [E:Shekelle] (APAL, 2008)</p> <p>III (Shekelle, 1999) (APA, 2002)</p> <p>1++ (GPC. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid, 2008)</p> <p>IV (NICE, 2007)</p> <p>A, D, R (ICSI, 2008)</p> <p>1 (Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2007)</p> <p>III [E:Shekelle] (Thase, 1992)</p>
	<p>La incapacidad para el trabajo se considera como parte integral del tratamiento en aquellos casos que esta se justifica.</p> <p>La incapacidad laboral deberá considerarse, principalmente en depresión moderada a grave teniendo en cuenta el deterioro causado por el trastorno, efectos colaterales del tratamiento y el puesto específico de trabajo.</p> <p>Se deberá reintegrar a su actividad laboral en el menor tiempo posible al lograrse una mejoría en la que la disfuncionalidad no interfiera de manera importante con su desempeño.</p>	<p>✓</p> <p>Buena practica</p>

ALGORITMOS

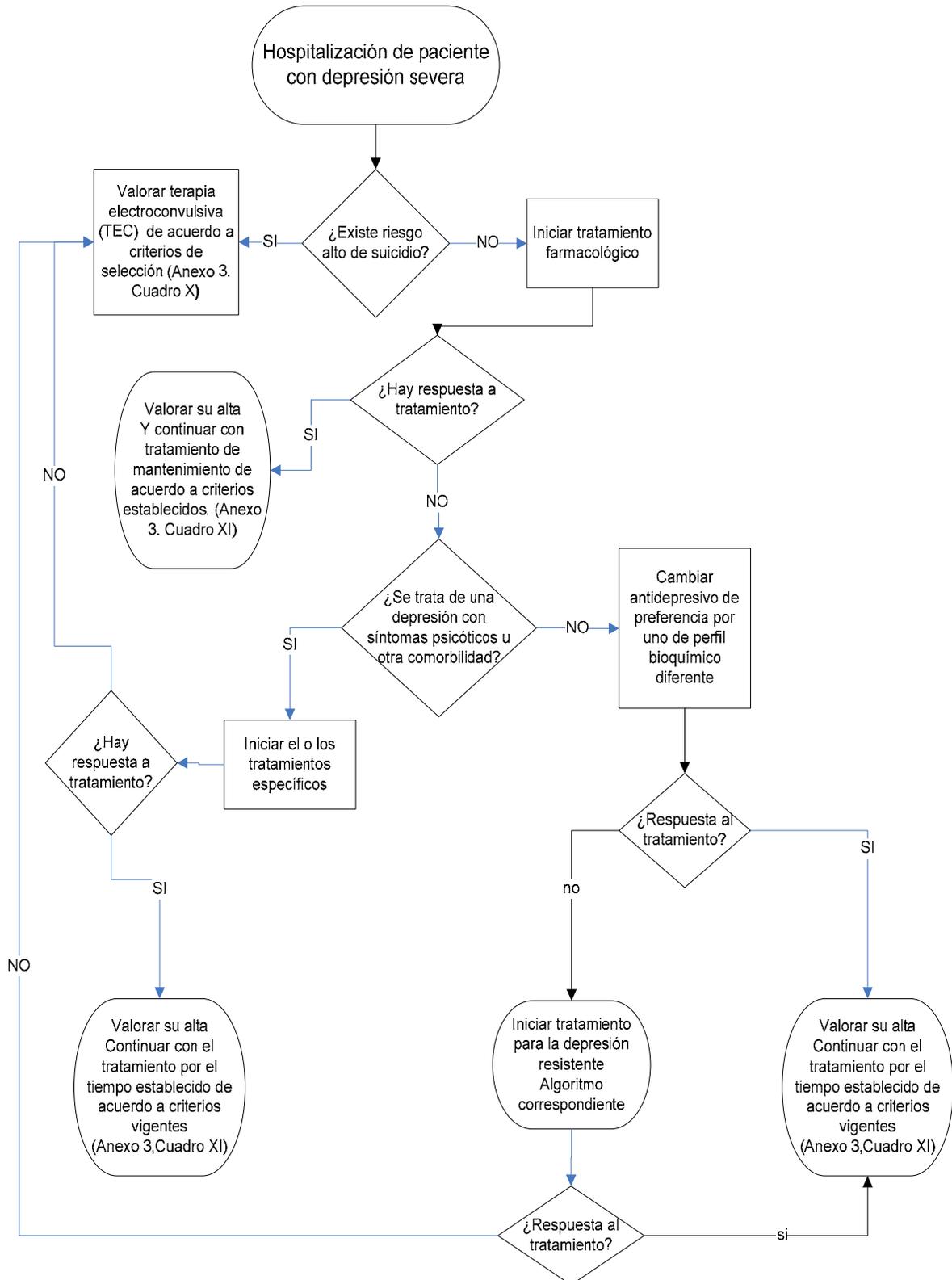
Algoritmo 1. Diagnóstico y manejo de la depresión por el medico no psiquiatra en la población de 18 a 59 años de edad en el primer nivel de atención



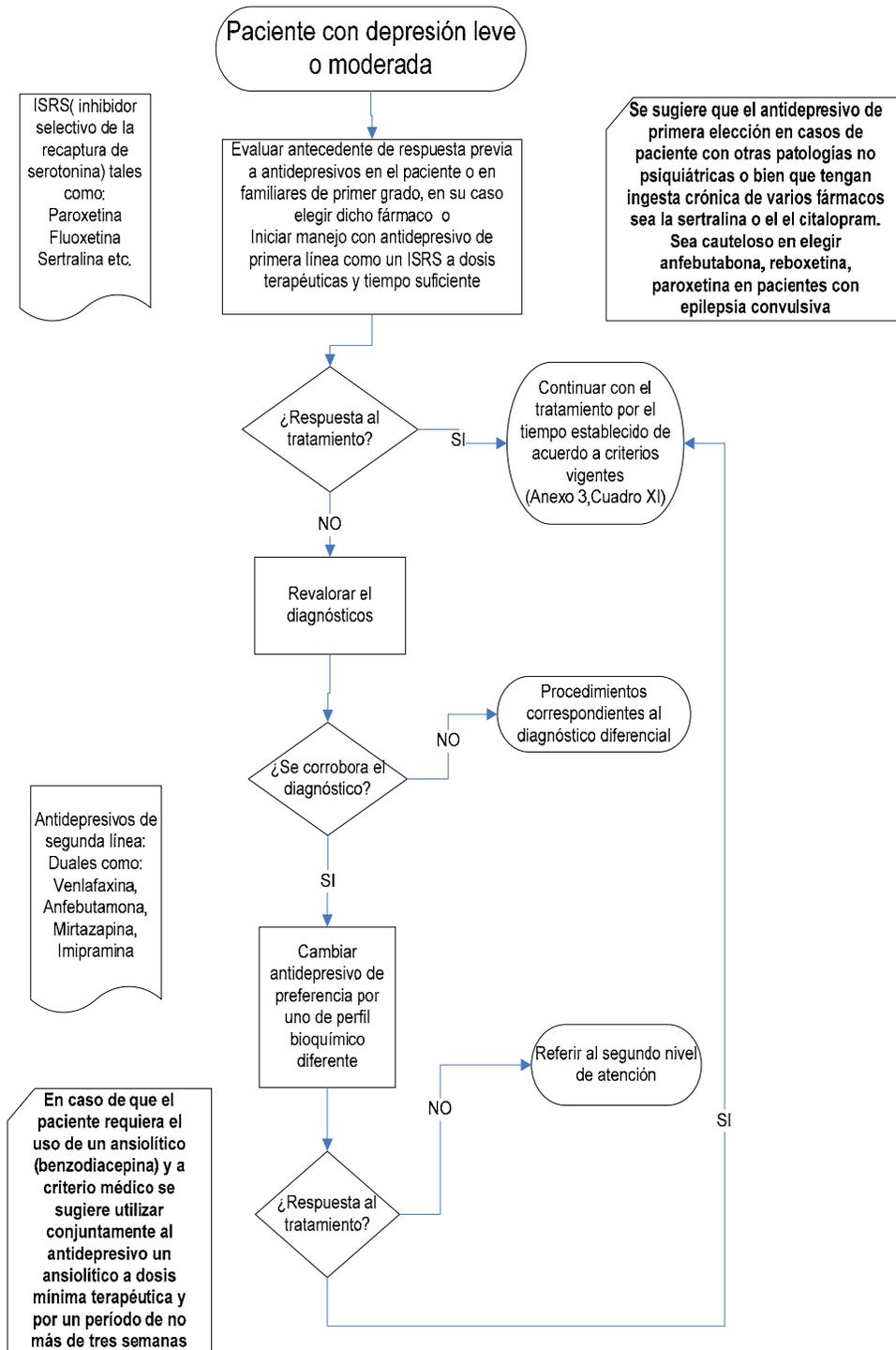
Algoritmo 2 Diagnóstico y Manejo de la depresión por el psiquiatra en la población de 18 a 59 años de edad en un segundo nivel de atención.



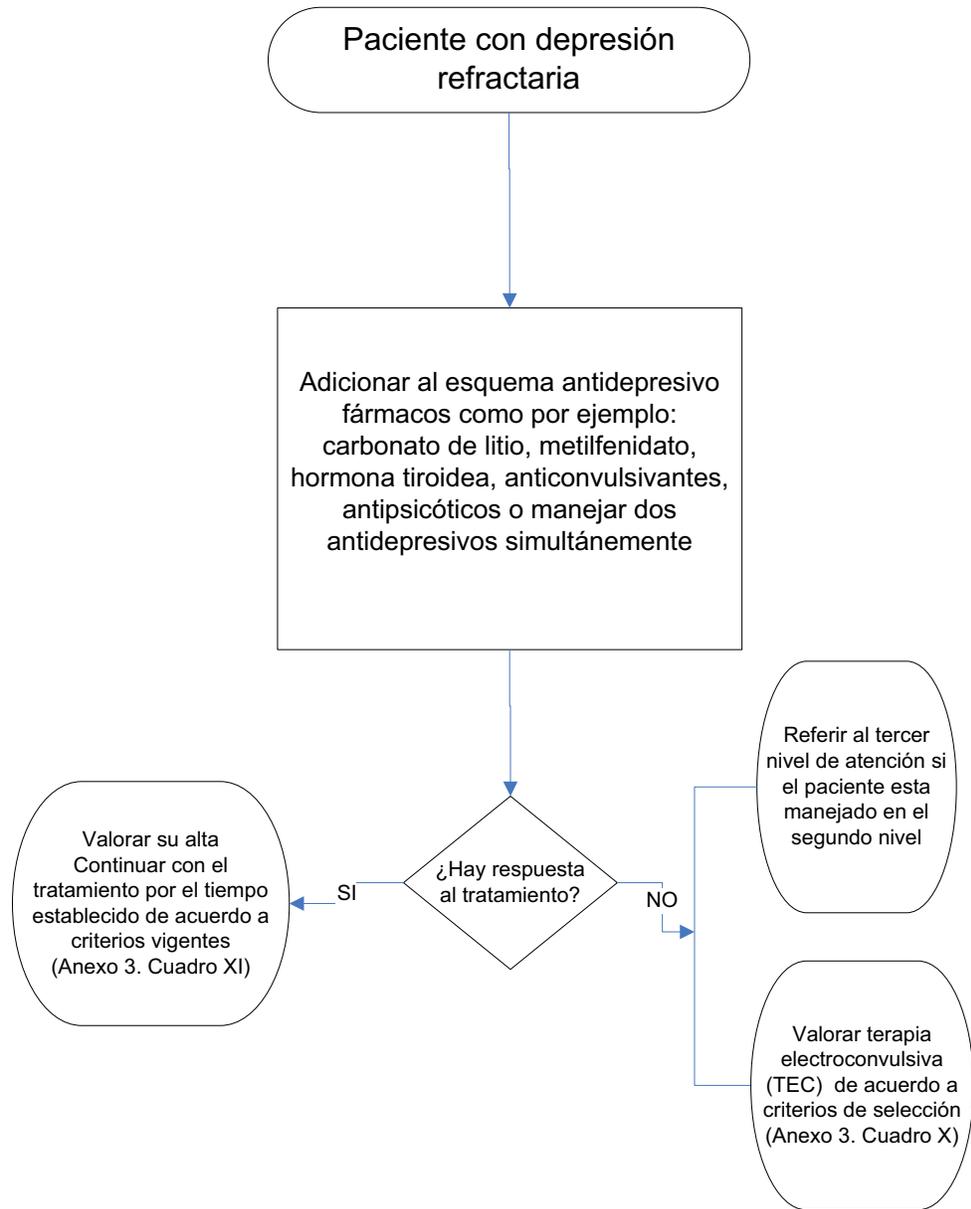
Algoritmo 3. Diagnóstico y Tratamiento del paciente de 18 a 59 años de edad con en el tercer nivel de atención



Algoritmo 4. Tratamiento farmacológico para la depresión en población de 18 a 59 años de edad en el primer nivel de atención



Algoritmo 5. Tratamiento de la depresión refractaria



5. DEFINICIONES OPERATIVAS

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

Depresión mayor: síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera.

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

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

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

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

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

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

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

Intento suicida: conducta deliberada de autodaño.

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

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

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

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

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

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

Suicidio: Daño auto infligido deliberado

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

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

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

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

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

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

6. ANEXOS

6.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

Se formularon preguntas clínicas concretas y estructuradas según el esquema paciente-intervención-comparación-resultado (PICO) sobre diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el Adulto.

Se estableció una secuencia estandarizada para la búsqueda de Guías de Práctica Clínica (GPC), a partir de las preguntas clínicas formuladas sobre trastorno depresivo en las siguientes bases de datos: Fistera, Guidelines Internacional Networks, Practice Guideline, National Guideline Clearinghouse, New Zealand Clinical Guidelines Group, Primary Care Clinical Practice Guidelines y Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

El grupo de trabajo selecciono las guías de práctica clínica con los siguientes criterios:

1. Idioma inglés y español
2. Metodología de medicina basada en la evidencia
3. Consistencia y claridad en las recomendaciones
4. Publicación reciente
5. Libre acceso

Se encontraron guías, de las cuales fueron seleccionadas las siguientes:

1. Guía de Práctica Clínica. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid 2008.
2. Major Depression in Adults in Primary Care. National Guideline Clearinghouse (NGC) and the Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) 2008.
3. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2007
4. Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian 2007
5. Tratamiento de Depresión en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Costa Rica 2005
6. Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor. American Psychiatric Association. (APA). 2002
7. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Depresión. (APAL) 2008
8. Actualización de la Guía Práctica Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad. 2007

De estas guías se tomaron gran parte de las recomendaciones. Para las recomendaciones no incluidas en las guías de referencia el proceso de búsqueda se llevo a cabo en Pubmed y Cochrane Library Plus utilizando los términos y palabras claves: prevention, depression, diagnosis, management, treatment, depresión, diagnóstico, tratamiento

La búsqueda se limitó a revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos controlados en idioma inglés y español, publicados a partir del 2000.

Sin embargo, ninguna información de las referencias más actualizadas fue necesario incluir para cambiar algunas de las recomendaciones de las versiones actuales de las guías.

En caso de controversia de la información y resultados reportados en los estudios, las diferencias se discutieron en consenso y se empleo el formato de juicio razonado para la formulación de recomendaciones. Se marcaron con el signo ✓ y recibieron la consideración de práctica recomendada u opinión basada en la experiencia clínica y alcanzada mediante consenso.

6.2. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster en Canadá. En palabras de Sackett, “la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales” (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett et al, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero et al, 1996)

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ et al, 2006)

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R et al, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH et al, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se describen las escalas de evidencia para las referencias utilizadas en esta guía y de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

La Escala Modificada de Shekelle y Colaboradores

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorios	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías 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

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid 2008.

Nivel de Evidencia y Grados de Recomendación

Niveles de Evidencia	
1++	Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo
1+	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo
1-	Metaanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad; estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos
4	Opinión de expertos

Fuerza de las recomendaciones	
A	Al menos un metaanálisis, revisión sistemática de ECA o ECA nivel 1++, directamente aplicable a la población diana o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+ directamente aplicable a la población diana y que demuestre consistencia global en los estudios.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 ++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 ++ ó 1+
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 + directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios nivel 2 ++
D	Evidencia de nivel 3 ó 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+

Buena práctica clínica	
✓	Práctica recomendación basada en la experiencia clínica y el consenso del grupo redactor

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN 50: A guideline developers handbook (section 6:Forming guideline recommendations). SIGN publication n° 50.2001

Institute For Clinical Systems Improvement (ICSI)
MAJOR DEPRESSION IN ADULTS IN PRIMARY CARE. 2008

Clases	Reportes primarios de información de nueva colección
CLASE A	Estudios aleatorizados y controlados
CLASE B	Estudio de cohorte
CLASE C	Ensayo clínico controlado no aleatorizado con un estudio concurrente o estudio de casos y controles. Estudio con sensibilidad y especificidad de una prueba diagnóstica Estudio descriptivo de base poblacional.
CLASE D	Estudio seccional Serie de casos Reporte de casos

Clases	Reportes que sintetizan o reflejan colecciones de reportes primarios
CLASE M	Meta-análisis Decisión-análisis Análisis de costo-beneficio Análisis de costo-efectividad.
CLASE R	Artículo de Revisión Reporte de consenso Consenso de comité de expertos
CLASE X	Opinión médica

Grados de Recomendación	
GRADO I	La evidencia es obtenida del resultado de estudios de diseño sólido que responden a la pregunta de investigación. Los resultados son clínicamente importantes y consistentes con excepciones menores. Los resultados se encuentran libres de dudas serias acerca de la generalización, sesgos y fuga de información en el diseño de investigación. Los estudios con resultados negativos tienen ejemplos suficientemente extensos para tener poder estadístico adecuado.
GRADO II	La evidencia es obtenida del resultado de estudios de diseño sólido que responden a la pregunta de investigación pero con inconsistencias entre los resultados de diferentes estudios o debido a las dudas de generalización, sesgos y dudas de información en el diseño o tamaño de la muestra inadecuado. Alternativamente la evidencia es obtenida de estudios con diseño débil, y cuyos resultados han sido confirmados en otros estudios consistentes.
GRADO III	La evidencia es obtenida del resultado de un número limitado de estudios de diseño débil para responder a la pregunta de investigación. La evidencia obtenida de estudios de diseño sólido no esta disponible, debido a que no se han realizado estudios de diseño adecuado o los estudios que se han realizado no son concluyentes debido a la falta de generalización, sesgos o tamaño de la muestra inadecuado.
GRADO IV	La evidencia consiste únicamente en los argumentos en experiencia clínica, no sustentable, por ningún estudio de investigación.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care 2007

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
I Evidencia obtenida de un ensayo clínico aleatorizado o un meta-análisis de ensayos clínicos controlados.	A. Directamente basada en evidencia categoría I
IIa. Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o III o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	
IV. Evidencia obtenido de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	C. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
	GPP. Recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica y consenso del grupo redactor.
NICE. Evidencia de guía NICE	NICE. Recomendación de guía NICE

Adapted from Eccles, M. & Mason, J. (2001), How to develop cost-conscious guideline. *Health Technology Assessment*, 5(16); Department of Health (1996), *Clinical Guidelines: Using clinical guidelines to improve patient care within the NHS*. Leeds: NHS Executive.

Major Depressive Disorder – Diagnosis And Management. Guideline & Protocols. Canadian 2007

Nivel	EVIDENCIAS
1	Basado en meta-análisis o estudio clínico aleatorizado con muestras grandes
2	Basado en por lo menos un estudio clínico aleatorizado
3	Basado en estudios no aleatorizados u opinión de expertos

Tratamiento de Depresión en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Costa Rica 2005

Niveles de Evidencia para tratamiento

Grado de Recomendación	Nivel de Evidencia	Fuente
A (extremadamente recomendable)	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none*)
B (recomendación favorable)	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso-control individuales.
C (recomendación favorable, pero no concluyente)	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D (corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación)	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

*Todos o ninguno: se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento este disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamentos este disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor. American Psychiatric Association

Nivel	RECOMENDACIONES
I	<i>Recomendado con una confianza clínica considerable</i>
II	<i>Recomendado con una confianza clínica moderada</i>
III	<i>Puede recomendarse en función de las circunstancias individuales.</i>

6.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

DIAGNOSTICO DEL EPISODIO DEPRESIVO.

CUADRO 1. PSICACES
(Nemotecnia de síntomas depresivos relevantes para el diagnóstico)

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

Cuadro 2 Criterio A.

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

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

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

Cuadro 3 Criterio B.

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

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

Cuadro 4. Criterios Diagnósticos de la CIE-10 (OMS)

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

Cuadro 5. Criterios de Gravedad del Trastorno Depresivo

Leve: presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B, la persona puede mantener sus actividades cotidianas.
Moderado: están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.
Grave: deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave

Cuadro 6. Scale Had (Hospital Anxiety And Depression Scale)

<p>Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mayor ayuda. Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.</p>	
<p>1. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Definitivamente igual que antes b. No tanto como antes c. Solamente un poco d. Ya no disfruto con nada <p>2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Igual que siempre b. Actualmente algo menos c. Actualmente mucho menos d. Actualmente en absoluto <p>3. Me siento alegre:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gran parte del día b. En algunas ocasiones c. Muy pocas veces d. Nunca <p>4. Me siento lento/a y torpe:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nunca b. A veces c. A menudo d. Gran parte del día 	<p>5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Me cuido como siempre lo he hecho b. Es posible que no me cuido como debiera c. No me cuido como debería hacerlo d. Completamente <p>6. Espero las cosas con ilusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Como siempre b. Algo menos que antes c. Mucho menos que antes d. No, en lo absoluto <p>7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o un buen programa de radio o televisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. A menudo b. Algunas veces c. Pocas veces d. Casi nunca
<p>La Sub-escala de depresión del HAD forma parte de la escala de ansiedad y depresión para hospital (HAD). Es un cuestionario auto-aplicable, publicada en 1983, compuesta por dos sub-escalas, una que mide ansiedad y la otra depresión, es una escala corta, comprensible y fácil de contestar. Diseñada especialmente para aplicarse en pacientes de hospitales no psiquiátricos. En ella los conceptos de ansiedad y depresión se encuentran separados, en enunciado que se alternan a lo largo de todo el cuestionario, en donde por ejemplo, uno de ellos detecta ansiedad y el siguiente depresión. A cada enunciado se le asigna un valor numérico del 0 al 3 de acuerdo con la gravedad del síntoma que mide.</p> <p>Torres y cols., encontraron una buena sensibilidad para un punto de corte de 8 tanto para los ítems de ansiedad como para los de depresión. Tiene una correlación entre las puntuaciones tales del IDB (Inventario para Depresión de Beck) y el HAD para medir depresión de $r=0.78$ y una $p>0.001$. Sensibilidad de 0.97. Especificidad de 0.96</p>	

Cuadro 7. Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9)

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Tener poco interés o placer hacer las cosas	0	1	2	3
b. Sentirse desanimado, deprimido, o sin esperanza	0	1	2	3
c. Con problemas para dormirse o mantenerse dormido, o de dormir demasiado	0	1	2	3
d. Sentirse cansado o tener poca energía	0	1	2	3
e. Tener poco apetito, o comer en exceso	0	1	2	3
f. Sentir falta de amor propio, o que sea un fracaso, o que se decepcionará a si mismo o a su familia	0	1	2	3
g. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como: leer el periódico, o mirar la televisión	0	1	2	3
h. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podrá dar cuenta, o de lo contrario, esta tan agitado o inquieto que se mueve mucho más de lo acostumbrado	0	1	2	3
i. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto o de que se haría daño de alguna manera	0	1	2	3

Para codificación oficial: Calificación total ____ = ____ + ____ + ____

Si usted marcó afirmativo cualquiera de los problemas en este cuestionario hasta aquí, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

Nada en absoluto	Bastante difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil

Cuestionario de salud del paciente de la Evaluación de Cuidados Primarios de Trastornos Mentales (PRIME-MDPHQ). El PHQ fue desarrollado por los Dres. Robert L. Spitzer, Jane B.W. Williams, Kurt Kroenke y cols.

Calificación: Las preguntas se califican como 0 o 1

1. Si hay marcadas 4 casillas de las opciones "Más de la mitad de los días" y "Casi todos los días" es indicador de trastorno depresivo
2. Si hay por lo menos 5 casillas marcadas de las opciones "Más de la mitad de los días" y "Casi todos los días" y una de estas casillas corresponde a las preguntas 1 y 2, es indicador de trastorno depresivo mayor.
3. Si hay de 2 a 4 casillas marcadas de las opciones "Más de la mitad de los días" y "Casi todos los días" y una de estas casillas corresponde a las preguntas 1 y 2, es indicador de otro trastorno depresivo.

Los diagnósticos de trastorno depresivo mayor u otro trastorno depresivo requieren verificar, con la décima pregunta, otras áreas importantes de funcionamiento.

Para monitorear la severidad a través del tiempo en los pacientes diagnosticados

1. Aplicar el cuestionario a intervalos regulares (p.ej. cada dos semanas)
2. Se toman como puntajes los siguientes:
 Varios días =1
 Más de la mitad de los días =2
 Casi todos los días =3
3. Sumar los totales de cada columna.

Interpretación:

Puntajes	Severidad
0-4	Ninguna
5-9	Leve
10-14	Moderada
15-19	Moderadamente severa
20-27	Severa

Cuadro 8. Tratamiento Antidepresivo

ANTIDEPRESIVO	DOSIS INICIAL 3 a 5 días	DOSIS TERAPÉUTICA
PRIMERA LÍNEA DE ELECCIÓN		
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)		
<i>Citalopram</i>	10 mg / día	20 - 40mg / día
<i>Escitalopram</i>	10 mg / día	10 - 20mg / día
<i>Fluoxetina</i>	10 mg / día	20 - 60mg / día
<i>Paroxetina</i>	10 mg / día	20 - 60mg / día
<i>Sertralina</i>	25 mg / día	50 -200 mg / día
Inhibidores no Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Noradrenalina (IRSN)		
<i>Venlafaxina</i>	75 mg / día	75-225 mg / día
<i>Duloxetina</i>	30 mg / día	50 - 60mg / día
Otro mecanismo de Acción		
<i>Anfebutamona</i>	150 mg/día	150-300 mg / día
<i>Mirtazapina</i>	15 mg	15 - 45 mg/día
<i>Reboxetina</i>	4 mg	4 - 12mg / día
SEGUNDA LÍNEA DE ELECCIÓN		
Tricíclicos		
<i>Amitriptilina</i>	25 mg	75 -300 mg/día
<i>Clorimipramina</i>	25 mg	75 -250 mg/día
<i>Imipramina</i>	25 mg	75 -225mg/día

Cuadro 9. Factores de Riesgo para Suicidio

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

+Bajo ++Medio +++Alto

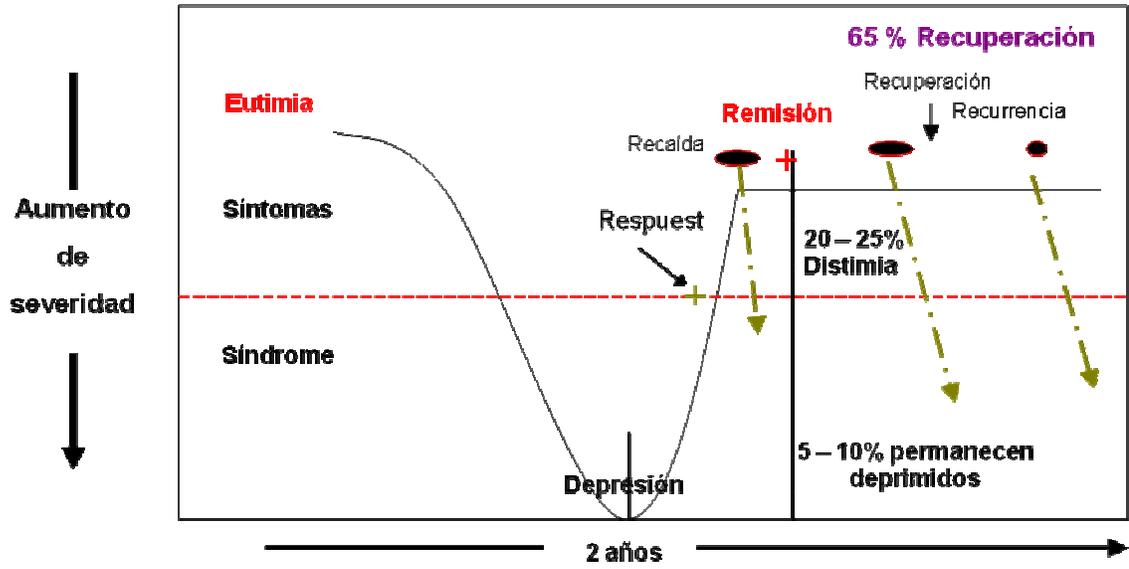
Cuadro 10. Criterios de Selección para Terapia Electroconvulsiva en Pacientes con Depresión

Pacientes con alto riesgo de suicidio (rumiación suicida)
Pacientes con síntomas psicóticos que no responden al tratamiento farmacológico
Pacientes con depresión refractaria que no responden al tratamiento farmacológico
Pacientes con antecedentes de respuesta previa a terapia electroconvulsiva
Pacientes con depresión y que presenten estados de agitación psicomotora con alto riesgo de daño a terceros y destructividad

Cuadro 11. Fases del Tratamiento Farmacológico

Fases	Características
Aguda	Duración de 3 a 4 semanas buscando la remisión clínica
Continuación	Duración de un año con la finalidad de evitar la reaparición de los síntomas
Mantenimiento	No hay un consenso acerca de la duración de esta fase considerándose como preventiva y puede ir de un año a tiempo indefinido

FIGURA I
Historia Natural de la Depresión no tratada



6.4. MEDICAMENTOS

Cuadro 1. Medicamentos Indicados en el Tratamiento de Trastorno Depresivo en el Adulto.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
3305	Amitriptilina	100 mg al día	25 mgs/ envase con 50 tabletas y de 50mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminoxidasa puede ocasionar excitación grave, y convulsiones.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiopatías Múltiples medicaciones
4486	Anfebutamona	150 a 300mg día	150mgs/ envase con 15 y 30 tabletas o grageas de liberación prolongada	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Efectos neurológicos, como temblores, crisis epilépticas, cefalea, insomnio y alteración, gastrointestinal.	Interacciona en asociación con litio potencializando el riesgo de convulsiones Riesgo de toxicidad asociada a risperidona	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco Trastorno psicóticos No aconsejable en pacientes con crisis convulsivas, Traumatismo de cráneo,
	Escitalopram	10-20mg al día	20 mgs/ envase con 14 y 28 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequeadad de mucosas	Con inhibidores de la MAO y alcohol aumentan los efectos adversos; ketoconazol, itraconazol y eritromicina, modifican su actividad terapéutica. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años.
	Doxepina	100mg al día	Cap. 25 mg / envase	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	convulsiones, sedación, hipotensión, efectos anti colinérgicos, leves efectos gastrointestinales, ganancia de peso, efecto sexuales, efectos cardiacos		Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco

4485	Duloxetina	30 mg al día	60 mg/ envase con 14 cápsulas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Sedación, efectos anti colinérgicos, hipotensión ortostática	Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco
4480	Escitalopram	10-20 mg / día	10mg/ envase con 14 ó 28 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Nauseas, boca seca, sudoración, temblor	Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco. incrementan niveles de beta bloqueadores	Riesgo en el embarazo Hipersensibilidad al fármaco.
4483	Fluoxetina	20mg día	20 mg capsulas, comprimidos, solución, envase con 10, 20 y 40 tabletas o cápsulas Capsula de 90 mg de liberación prolongada (dosis semanal)	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco. Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores Tienen efecto sobre el sistema microsomio hepático (citocromo P450) Interacciona con hipoglucemiantes orales, favorece hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes,	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.

Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto

3302	Imipramina	100mg al día	10mg, 25, 50 mg./envase con 60 tabs. la de 10 mg y de 20 tabs. para las otras presentaciones	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiopatías Múltiples medicaciones
5490	Mirtazapina	30 mg día	Comprimidos de 15, 30mg / envase de 10, 20 y 30 tabletas Frasco ampulla de 1.5mg en envase de 6 ampolletas para IV	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta y un mínimo de 6 meses	Sedación, sequedad de boca y aumento de peso, aumento niveles de colesterol en plasma en algunos pacientes	Interacción con fármacos con elevada fijación a proteínas plasmáticas, sinergia con benzodiazepinas, barbitúricos aumentando riesgo de somnolencia Riesgo de síndrome serotoninérgico Interacción con IMAOS	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco
5481	Paroxetina	25 mg al día	20 mgs y 25 mg / envase con 10 y 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los IMAO, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y antiarrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores Aumento de niveles de antipsicóticos	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.

Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto

	Reboxetina	8 a 12 mg día	Tabletas de 4 mg envase con 30 y 60 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Hipotensión leve relacionada con la dosis, insomnio, sequedad de boca, estreñimiento, sudoración, retención urinaria, taquicardia y vértigo	Ketocozol incrementa los niveles en plasma de la reboxetina	Hipersensibilidad al fármaco
4484	Sertralina	100mg al día	50 mgs y 100mg / envase con 14 cápsulas o tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico Pueden bloquear el efecto analgesico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia,
4488	Venlafaxina		37.5mg, 75 mg/ envase con 10 cápsulas de liberación prolongada Comprimidos de 37.5mg, 75 mg y 150mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Nauseas sudoración, transitorios, cefalea, alteración de la acomodación visual, sequedad de boca e insomnio, Astenia, fatiga, En algunos casos con dosis de 200mg al día pueden presentar HTA , y de la FC disminución del apetito náusea.	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. No aconsejable en pacientes en pacientes con Hipertensión límite o de difícil control

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Actualización de la Guía Práctica Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad. 2007
2. Cuadro básico de medicamentos. Interinstitucional. 2008.
3. Aylard PR, Gooding JH, McKernna PJ, Snaith RP. A validation study of three anxiety and depression self-assessment scale. *J Psychosom Res* 1987; 31: 261-273.
4. Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). 2007
5. Larun L, Nordheim LV, Ekland E, Hagen KB, Heian F. Ejercicio para la prevención y tratamiento de la ansiedad y la depresión
6. en niños y jóvenes (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software
7. Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John
8. Wiley & Sons, Ltd.).
9. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-2425
10. Guía Clínica para el Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor. American Psychiatric Association. (APA). 2002
11. Gilbody S, House AO, Sheldon TA. Instrumentos de cribaje (screening) y detección de casos para la depresión. Revisión Cochrane 2005.
12. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el Tratamiento de las Personas con Depresión. (APAL) 2008
13. Guía de Práctica Clínica. Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid 2008.
14. Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. *JAMA* 1993; 270 (17); 2096-2097.
15. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ*, 2001;323 (7308):334-336. acceso 26 de junio de 2006]
16. Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.
17. Hidalgo RI, Santos GJ. Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en atención primaria 2006, 211-237
18. Jane-Llopis E, Hosman C, Jenkins R, Anderson P. Predictors of efficacy in depression prevention programmes: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 2003;183(5):384-397.
19. Kruger M, Roth T, Dement W. Principles and practice of medicine. Saunders, 3a ed. 2000
20. Major Depression in Adults in Primary Care. National Guideline Clearinghouse (NGC) and the Institute for Clinical Systems Improvement (ICS) 2008.
21. Major Depressive Disorder—Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian 2007
22. NHS. MeReC Bulletin. Nun-drug therapies for depression in primary care. 16(1). Disponible en www.npc.co.uk/merec.htm

23. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. *BMJ* 1996; 312:71-72.
24. Thase, M.E. "Long term treatments of recurrent depressive disorders" *J. Clin. Psychiatry*, 1992;53 (suppl):32-44.
25. Tratamiento de Depresión en el Primer y Segundo Nivel de Atención. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica para el Primer y Segundo Nivel de Atención. Costa Rica 2005
26. Torres M, Hernández E, Soto H. Sensibilidad, especificidad y confiabilidad del Inventario para Depresión de Beck, en un hospital de tercer nivel de la ciudad de México. Depto. De Psiquiatría y Salud Mental, UNAM. Tesina realizada en 1987.
27. Valencia M, Salim R, Pérez R. Trastornos del dormir. Primera Edición McGraw Hill, 2000
28. Zieher LM, Rojtenberg S. Depresión y antidepresivos. Bases Clínicas, psicodinámicas y farmacológicas.
29. Zigmund AJ, Snaith RP. The hostal anxiety and depression scale. *Acta Psychiat Scand* 1983; 67: 361-370.

8. AGRADECIMIENTOS

El grupo de trabajo manifiesta su sincero agradecimiento a quienes hicieron posible la elaboración de esta guía, por contribuir en la planeación, la movilización de los profesionales de salud, la organización de las reuniones y talleres, la integración del grupo de trabajo, la realización del protocolo de búsqueda y la concepción del documento, así como su solidaridad institucional.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS	
NOMBRE	CARGO/ADSCRIPCIÓN
Srita. Laura Fraire Hernández	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Srita. Alma Delia García Vidal	Secretaría División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Sr. Carlos Hernández Bautista	Mensajería División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE
Lic. Cecilia Esquivel González	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionada UMAE HE CMN La Raza)
Lic. Uri Iván Chaparro Sánchez	Edición División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE (Comisionado UMAE HO CMN Siglo XXI)

9. COMITÉ ACADÉMICO

**Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad/ CUMAE
División de Excelencia Clínica
Instituto Mexicano del Seguro Social/ IMSS**

Dr. Alfonso A. Cerón Hernández	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. Rodolfo de Jesús Castaño Guerra	Encargado del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Agustina Consuelo Medécigo Micete	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Sonia P. de Santillana Hernández	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO

DIRECTORIO SECTORIAL Y DIRECTORIO INSTITUCIONAL

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos

Secretario de Salud

**Instituto Mexicano del Seguro
Social / IMSS**

Mtro. Daniel Karam Toumeh

Director General

**Instituto de Seguridad y Servicios
Sociales para los Trabajadores del
Estado / ISSSTE**

Lic. Miguel Ángel Yunes Linares

Director General

**Sistema Nacional para el Desarrollo
Integral de la Familia / DIF**

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morin

Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Jesús Federico Reyes Heróles González Garza

Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza

Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván

Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Secretario del Consejo de Salubridad General

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno

Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. Alfonso Alberto Cerón Hernández

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

11. COMITÉ NACIONAL GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Innovación y Calidad	Presidenta
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Julio Sotelo Morales Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Octavio Amancio Chassin Representante del Consejo de Salubridad General	Titular
Gral. De Brig. M.C. Efrén Alberto Pichardo Reyes Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Contra Almirante SSN MC Miguel Ángel López Campos Director General Adjunto Interino de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Carlos Tena Tamayo Director General Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Ma. Cecilia Amerena Serna Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Jorge E. Valdez García Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
M. en A. María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y suplente del presidente
Dr. Franklin Libenson Violante Secretaria de Salud y Directora General del Instituto de Salud del Estado de México	Titular 2008-2009
Dr. Luis Felipe Graham Zapata Secretario de Salud del Estado de Tabasco	Titular 2008-2009
Dr. Juan Guillermo Mansur Arzola Secretario de Salud y Director General del OPD de Servicios de Salud de Tamaulipas	Titular 2008-2009
Dr. Manuel H. Ruiz de Chávez Guerrero Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Dr. Jorge Elías Dib Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Act. Cuauhtémoc Valdés Olmedo Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Juan Víctor Manuel Lara Vélez Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, AC	Asesor Permanente
Mtro. Rubén Hernández Centeno Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Roberto Simon Sauma Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Luis Miguel Vidal Pineda Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, A.C.	Asesor Permanente
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Secretario Técnico