



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social



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

Sistema General de Seguridad Social en Salud – Colombia

Guía para profesionales de la salud 2013 - Guía No. 22

Centro Nacional de Investigación en Evidencia
y Tecnologías en Salud CINETS



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud



© Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias

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 - 2013 Guía No. 22

ISBN: 978-958-8838-19-9

Bogotá, Colombia

Abril de 2013

Nota legal

Con relación a la propiedad intelectual debe hacerse uso de los dispuesto en el numeral 13 de la convocatoria 500 del 2009 y la cláusula DECIMO TERCERA -PROPIEDAD INTELECTUAL “En el evento en que se llegaren a generar derechos de propiedad intelectual sobre los resultados que se obtengan o se pudieran obtener en el desarrollo de la presente convocatoria y del contrato de financiamiento resultante de ella, estos serán de COLCIENCIAS y del Ministerio de Salud y Protección Social” y de conformidad con el clausulado de los contratos suscritos para este efecto.



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

Ministerio de Salud y Protección Social

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Norman Julio Muñoz Muños

Viceministro de Protección Social

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General



**Departamento Administrativo
de Ciencia, Tecnología e Innovación -
Colciencias**

Carlos Fonseca Zárate

Director General

Paula Marcela Arias Pulgarín

Subdirectora General

Arleys Cuesta Simanca

Secretario General

Alicia Ríos Hurtado

Directora de Redes de Conocimiento

Carlos Caicedo Escobar

Director de Fomento a la Investigación

Vianney Motavita García

*Gestora del Programa de Salud en Ciencia,
Tecnología e Innovación*



Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud

Héctor Eduardo Castro Jaramillo

Director Ejecutivo

Aurelio Mejía Mejía

Subdirector de Evaluación

de Tecnologías en Salud

Iván Darío Flórez Gómez

Subdirector de Producción de Guías de Práctica Clínica

Diana Esperanza Rivera Rodríguez

Subdirectora de Participación y Deliberación

Raquel Sofía Amaya Arias

Subdirección de Difusión y Comunicación



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE MEDICINA



Autores y colaboradores

EQUIPO DESARROLLADOR

Dirección y coordinación

Carlos Gómez Restrepo

Director – líder – experto
metodológico y temático
Pontificia Universidad Javeriana
Hospital Universitario San Ignacio
Médico psiquiatra, psicoanalista,
psiquiatra de enlace, magíster en
epidemiología clínica.

Adriana Patricia Bohórquez Peñaranda

Coordinadora – experta temática y
metodológica
Pontificia Universidad Javeriana
Médica psiquiatra, magístra en
epidemiología clínica

EQUIPO METODOLÓGICO

Jenny García Valencia

Experta temática y metodológica
Universidad de Antioquia
Médica psiquiatra, doctora en
epidemiología clínica

Maritza Rodríguez Guarín

Experto temático y metodológico
Pontificia Universidad Javeriana
Médica psiquiatra, magístra en
epidemiología clínica

Ana María De la Hoz Bradford

Experta metodológica
Pontificia Universidad Javeriana
Médica cirujana, magístra en
epidemiología clínica

Álvaro Enrique Arenas Borrero

Asistente de investigación
Pontificia Universidad Javeriana
Médico psiquiatra, candidato a
magíster en epidemiología clínica

Juliana Guzmán Martínez

Asistente de investigación
Pontificia Universidad Javeriana
Médica cirujana, candidata a
magíster en epidemiología clínica

Sergio Mario Castro Díaz

Asistente de investigación
Pontificia Universidad Javeriana
Médico cirujano, residente de
psiquiatría

Eliana Bravo Narváez

Asistente de investigación
Pontificia Universidad Javeriana
Médica cirujana, residente de
psiquiatría

Juliana Rodríguez Ángel

Asistente de investigación
Pontificia Universidad Javeriana
Médica cirujana, residente de
psiquiatría

Catalina Ayala Corredor

Asistente de investigación
Pontificia Universidad Javeriana
Médica psiquiatra

Nathalie Tamayo Martínez

Asistente de investigación
Pontificia Universidad Javeriana
Médica psiquiatra

Yamile Reveiz Narváez

Asistente de investigación
Departamento de Epidemiología
Clínica
Pontificia Universidad Javeriana
Médico servicio social obligatorio

Patricia Maldonado Riveros

Asistente de investigación
Departamento de Epidemiología
Clínica
Pontificia Universidad Javeriana
Médico servicio social obligatorio

EQUIPO TEMÁTICO

Luis Eduardo Jaramillo González

Experto temático
Asociación Colombiana de Psiquiatría
Médico psiquiatra, magister en
farmacología

Enrique Brito Lallemand

Experto temático
Asociación Colombiana de Psiquiatría
- Departamento de la Guajira
Médico psiquiatra

Sonia Rodado Fuentes

Experta temática
Asociación Colombiana de Psiquiatría
- Departamento del Atlántico
Médica psiquiatra, especialista en
epidemiología.

Carlos Alberto Palacio Acosta

Experto temático
Universidad de Antioquia
Médico psiquiatra, magister en
epidemiología clínica

Ricardo Sánchez Pedraza

Experto temático
Universidad Nacional
Médico psiquiatra, magister en
epidemiología clínica, doctor en
bioestadística

José Miguel Uribe Restrepo

Experto temático
Pontificia universidad Javeriana
Médico Psiquiatra, psicoanalista

Juanita Gempeler Rueda

Experta temática
Programa Equilibrio
Psicóloga clínica – especialista en
terapia cognoscitiva

Laura Marcela Gil Lemus

Experta temática
Pontificia Universidad Javeriana
Médica psiquiatra, especialista en
terapia dialéctico comportamental
DBT y en psicoterapias cognitivas
contemporáneas; candidata a
magister en psicología cognitiva

EQUIPO DE EVALUACIÓN ECONÓMICA

María Ximena Rojas Reyes

Coordinadora
Pontificia Universidad Javeriana
Enfermera, magistra en
epidemiología clínica, DEA en salud
pública y medicina preventiva,
candidata a doctorado en salud
pública y metodología de la
investigación biomédica con énfasis
en evaluación de tecnologías

Ludy Alexandra Parada Vargas

Apoyo económico
Pontificia Universidad Javeriana
Administradora, magístra en
economía

EQUIPO DE IMPLEMENTACIÓN

Natalia Sánchez Díaz

Desarrolladora
Pontificia Universidad Javeriana
Médica y cirujana, magistra en salud
pública internacional, residente de
psiquiatría

Andrés Duarte Osorio

Desarrollador
Pontificia Universidad Javeriana
Médico y cirujano, especialista en
medicina familiar, magister en
epidemiología clínica

BIOESTADÍSTICA

Nelcy Rodríguez Malagón

Bioestadística
Pontificia Universidad Javeriana
Estadística, especialista en
epidemiología clínica, magister en salud
pública con énfasis en bioestadística.

EXPERTOS DE LA FUERZA DE TAREA AMPLIADA

Ana Lindy Moreno López

Experta temática
Colegio Colombiano de Terapia
Ocupacional
Terapeuta ocupacional

Ana Constanza Puerto Espinel

Experta temática
Colegio Colombiano de Terapia
Ocupacional
Terapeuta Ocupacional. Especialista
en Auditoría de la Calidad en Salud.

Edwin Yair Oliveros Ariza

Experto temático - usuario
Sociedad Colombiana de Psicología
Psicólogo

Juan González-Pacheco

Experto temático - usuario
Pontificia Universidad Javeriana
Médico cirujano- especialista en
psiquiatría, psiquiatra de enlace

Maribel Pinilla Alarcón

Usuaría
Asociación Colombiana de Facultades
de Enfermería
Enfermera profesional

Paula Andrea López de Mesa

Experta temática - usuaria
Sociedad Colombiana de Psicología
Psicóloga Clínica

Ricardo Alvarado Bestene

Usuario
Pontificia Universidad Javeriana
Médico Familiar

Hernando Gaitán Duarte

Experto Metodológico-Usuario
Universidad Nacional de Colombia
Médico- ginecólogo obstetra,
epidemiólogo clínico

REPRESENTANTE DE LOS PACIENTES

Luz Marina Carrillo Torres

Representante Población Blanco
Fundación "Unidos Contra la
Depresión"
Abogada

EQUIPO DE SOPORTE ADMINISTRATIVO

Carlos Gómez Restrepo

Pontificia Universidad Javeriana
Gerencia General

Jenny Severiche Bdez

Pontificia Universidad Javeriana
Asistente de gerencia

Marisol Machetá Rico

Pontificia Universidad Javeriana
Asistente de gerencia

EQUIPO DE COORDINACIÓN EDITORIAL

Carlos Gómez Restrepo

Pontificia Universidad Javeriana
Director

Ana María De la Hoz Bradford

Pontificia Universidad Javeriana
Coordinadora

Gustavo Patiño Díaz

Corrector de estilo

María del Pilar Palacio Cardona

Diagramación

*EQUIPO DE COORDINACIÓN
METODOLÓGICA*

Ana María De la Hoz Bradford
Pontificia Universidad Javeriana
Carlos Gómez Restrepo
Pontificia Universidad Javeriana
Juan Gabriel Ruiz Peláez
Pontificia Universidad Javeriana
Juan Carlos Villar Centeno
Fundación Cardio Infantil

*EQUIPO DE COORDINACIÓN GENERAL
ALIANZA CINETS*

Carlos Gómez Restrepo
Pontificia Universidad Javeriana
Rodrigo Pardo Turriago
Universidad Nacional de Colombia
Luz Helena Lugo Agudelo
Universidad de Antioquia

REVISOR EXTERNO

Mario de Luca
Coordinador de efectividad clínica
y desarrollo académico (OSECAC)

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos la contribución a las personas que, en carácter de representantes de expertos temáticos, usuarios, población blanco o grupos de interés, participaron o asistieron a las diferentes reuniones de socialización realizadas durante el proceso de desarrollo de la presente guía.

Agradecemos la colaboración de estudiantes de pre y postgrado por su participación en diferentes procesos del desarrollo de la guía:

Allan Solano. MD.
Estudiante de Maestría en
Epidemiología Clínica PUJ
Diana Carolina Tamayo. MD.
Estudiante de Maestría en
Epidemiología Clínica PUJ
Sonia Jaramillo. MD.
Estudiante de Maestría en
Epidemiología Clínica PUJ

Alejandra Niño Jiménez
Estudiante de Medicina PUJ
Silvia Franco
Estudiante de Medicina PUJ
Hernando Gaitán Lee
Estudiante de Medicina PUJ

Contenido

- 13** **Introducción**
- 17** **Sección I. Recomendaciones generales**
- 18** **Aspecto 1: Tamización y detección temprana del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente del adulto**
- 18** 1. Detección de factores de riesgo
- 19** 2. Tamización
- 20** 3. Confirmación diagnóstica y diagnóstico diferencial
- 21** **Aspecto 2: Detección de factores que incrementan el riesgo de suicidio en adultos con episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente**
- 21** 4. Evaluación de riesgo de suicidio
- 23** **Aspecto 3: Aspectos generales del tratamiento**
- 23** 5. Manejo del paciente con depresión en atención primaria e indicaciones para remisión a psiquiatra
- 25** 6. Indicaciones de hospitalización para el paciente con depresión atendidos por médico psiquiatra
- 26** 7. Incapacidad para el paciente con diagnóstico de depresión
- 26** 8. Uso de exámenes paraclínicos
- 27** 9. Estrategias de adherencia al tratamiento para pacientes con diagnóstico de depresión
- 28** **Aspecto 4A: Tratamientos de la depresión, manejo de fase aguda**
- 28** 10. Indicación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico

30	11. Tratamiento farmacológico fase aguda
33	12. Tiempo de espera para valorar la eficacia del tratamiento farmacológico
33	13. Tratamiento psicoterapéutico fase aguda
35	14. Tratamiento con terapias alternativas
35	15. Tratamiento con ejercicio
36	16. Tratamiento del insomnio y de la ansiedad asociados a la depresión
37	17. Evaluación y medición de respuesta y de remisión
37	18. Periodicidad del seguimiento en la fase aguda
38	19. Evaluación de predictores de respuesta o falla de las intervenciones terapéuticas en el manejo agudo
40	Aspecto 4B: Manejo de continuación y mantenimiento del episodio depresivo y el trastorno depresivo recurrente
40	20. Evaluación de predictores de respuesta o de falla de las intervenciones terapéuticas en el manejo de continuación-mantenimiento
40	21. Estrategias farmacológicas para prevención de recaídas/ recurrencias
42	22. Estrategias no farmacológicas para la prevención de recaídas/recurrencias
43	Sección II. Recomendaciones para el manejo de pacientes con depresión refractaria y depresión con psicosis
44	Aspecto 5: Tratamiento de la depresión resistente y la depresión con psicosis

44	23. Tratamiento de la depresión refractaria (o resistente)
47	24. Tratamiento de la depresión psicótica
48	25. Tratamiento con terapia ocupacional
48	26. Tratamiento en el hospital día
49	Referencias
50	Anexos
50	Anexo 1. Criterios diagnósticos CIE -10
52	Anexo 2. Aspectos específicos relacionados con medicamentos antidepresivos seleccionados
56	Anexo 3. Tipos de psicoterapia
57	Anexo 4. Estadios del episodio depresivo y fases del tratamiento
59	Anexo 5. Algoritmo de tamización y diagnóstico
60	Anexo 6. Algoritmo de manejo de episodio depresivo leve
61	Anexo 7. Algoritmo de manejo de episodio depresivo moderado/ grave
62	Anexo 8. Algoritmos pacientes con depresión refractaria y psicótica

Introducción

El episodio depresivo (primer episodio) y el trastorno depresivo recurrente (más de un episodio, y llamado en otras clasificaciones depresión mayor) son un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida), los cuales suelen acompañarse de otros síntomas que provocan malestar y configuran todos ellos una afectación global de la vida psíquica y dificultan el desarrollo de la vida cotidiana de quien padece la enfermedad (1,2). Es una enfermedad común entre la población colombiana, y que tiene un curso recurrente en el 50% de los pacientes durante los 10 primeros años y toma un curso crónico en el 30% de los casos (3,4). Representa, además, un factor de riesgo para sufrir otras enfermedades médicas o empeora los desenlaces médicos de los individuos con enfermedades comórbidas, lo cual hace que su pronóstico sea menos favorable (5). El riesgo y la complicación más temida de la depresión mayor es la muerte por suicidio.

A menudo las personas con depresión también experimentan preocupaciones constantes que les producen ansiedad. Esto puede ocasionar síntomas físicos como dolor, palpitaciones cardíacas o molestias abdominales, los cuales pueden presentarse en alrededor de la mitad de los pacientes que presentan un episodio depresivo.

Esta guía de práctica clínica basada en evidencia para la detección temprana, el diagnóstico y la atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente fue desarrollada por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud con experiencia y conocimiento en diferentes áreas (psiquiatras generales y con diferentes subespecialidades, metodólogos, médicos generales, médicos familiares, terapeutas ocupacionales, psicólogos, enfermeras) y representantes de los pacientes. La guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano sirvió de marco de referencia metodológico general para su elaboración (6).

Se presentan diferentes recomendaciones, divididas en dos secciones. La primera corresponde a aquellas recomendaciones generales dirigidas, principalmente, a los médicos y al personal encargado del manejo de pacientes con depresión; aborda, también, aspectos de detección, tamización, manejo y prevención de complicaciones. La segunda sección incluye las recomendaciones que van dirigidas específicamente a médicos especialistas en psiquiatría, debido a que son temas de manejo especializado y requieren un nivel de mayor complejidad.

En principio esta guía es para la atención de todos los pacientes con episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en el territorio colombiano; sin embargo, existen poblaciones para las cuales las recomendaciones formuladas podrían no ser apropiadas, como mujeres embarazadas, niños, pacientes con trastornos afectivos orgánicos, comorbilidades psiquiátricas, distimia y dependencia de múltiples sustancias.

La presente guía tiene como objetivos: brindar parámetros de atención en salud basados en la mejor y más actualizada evidencia disponible, disminuir la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento, guiar el curso de acción del equipo de salud en el abordaje de adultos con el diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente, brindar información pertinente y actualizada al profesional de la salud que le permita administrarle al paciente el mejor tratamiento disponible y ayudar al paciente con depresión o sus familiares a tomar decisiones informadas.

La fuerza asignada a cada recomendación se basa, de acuerdo con el sistema GRADE (7), no solo en el nivel de evidencia subyacente, sino también, en el juicio de los expertos acerca del balance entre riesgos y beneficios, la coherencia con los valores y las preferencias de los pacientes, la disponibilidad local y el uso de recursos y costos.

Este documento incluye las recomendaciones que el grupo desarrollador consideró prioritarias para la detección y el manejo de estos pacientes. El documento completo de la guía contiene la totalidad de las recomendaciones formuladas, la información completa respecto a la metodología utilizada para su desarrollo, el

análisis de datos, los procesos de formulación, detalles sobre la evidencia que respalda cada una de las recomendaciones formuladas y su calidad y la bibliografía completa. Existe también un documento de información para los pacientes y familiares. Toda la documentación estará disponible en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social: <http://www.minsalud.gov.co>.

Implicaciones de los dos grados de la fuerza de recomendación para el sistema GRADE

GRUPO DE USUARIOS	RECOMENDACIÓN FUERTE	RECOMENDACIÓN DÉBIL
Pacientes	La gran mayoría de las personas querrán el curso de acción recomendado, y solo una pequeña proporción no querrá utilizarlo.	Una parte importante de las personas en su situación querrán utilizar el curso de acción recomendado, pero muchas no querrán utilizarlo.
Clínicos	La mayoría de los pacientes deberían recibir el curso de acción recomendado.	Reconozca que diferentes opciones pueden ser apropiadas para diferentes pacientes, y que debe hacer un esfuerzo adicional para ayudar al paciente a tomar decisiones de manejo consistentes con sus propios valores y preferencias; las ayudas para la toma de decisiones y la toma de decisiones compartidas pueden ser particularmente útiles.
Trazadores de políticas	La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones.	La formulación de políticas requiere debate y la participación de varios grupos de interés.

Punto de buena práctica

- Afirmaciones sobre manejos específicos que son ampliamente aceptadas por la comunidad científica y que no requieren de búsqueda de evidencia empírica y soporte de la recomendación.



Sección I

RECOMENDACIONES GENERALES

Nota aclaratoria

Con el fin de facilitar la lectura, se emplea el término *depresión* para referirse al episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente (CIE-10), o a sus equivalentes: episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor (DSM-IV). No se usa este término para referirse a distimia ni a depresión subclínica. Los escenarios clínicos en los cuales aplican estas recomendaciones son: consulta externa general o especializada, urgencias generales o especializadas y hospitalización psiquiátrica.

Aspecto 1: Tamización y detección temprana del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente del adulto

1. Detección de factores de riesgo

1.1 Cuando evalúe a cualquier paciente mayor de 18 años en consulta clínica *debe* considerar que quienes tienen mayor riesgo de presentar un episodio depresivo son:

Recomendación fuerte a favor de la evaluación de factores de riesgo para depresión.

- a. Personas con historia previa de episodio depresivo.
- b. Historia familiar de depresión.
- c. Personas con problemas psicosociales: desempleo, separación conyugal, eventos vitales estresantes.
- d. Abuso y dependencia de sustancias, incluidos alcohol y cigarrillo.
- e. Personas que consultan a menudo al sistema de salud.
- f. Personas con enfermedades médicas crónicas; especialmente, cuando hay compromiso de la funcionalidad (enfermedad cardiovascular, diabetes, las que involucran dolor crónico y trastornos neurológicos).
- g. Otros trastornos psiquiátricos (trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad).
- h. Épocas de cambios hormonales (embarazo y menopausia).
- i. Historia de intentos de suicidio.
- j. Sedentarismo.

2. Tamización

2.1 Cuando evalúe cualquier paciente mayor de 18 años en consulta clínica y encuentre uno o más factores de riesgo *debe* proceder a realizar las siguientes preguntas específicas:

Recomendación fuerte a favor de la tamización en población de riesgo para depresión.

- A. ¿Durante los últimos 30 días se ha sentido a menudo desanimado, deprimido o con pocas esperanzas?
- B. ¿Durante los últimos 30 días ha sentido a menudo poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?

Si la respuesta del paciente mayor de 18 años a alguna de las dos preguntas de tamización fue afirmativa el médico debe confirmar el diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente

Puntos de buena práctica clínica

- Para la confirmación del diagnóstico de depresión use los criterios de la clasificación internacional de enfermedades 10 edición (CIE-10) (Anexo 1).
- En pacientes con dificultades de comunicación por ejemplo: deficiencias sensoriales o problemas de aprendizaje, haga las preguntas al familiar o cuidador.

3. Confirmación diagnóstica y diagnóstico diferencial

3.1 El médico debe confirmar el diagnóstico de depresión usando los criterios de la CIE-10 (anexo 1), en caso de que el paciente mayor de 18 años presente uno o más de los síntomas listados en la tabla 1.

Recomendación fuerte a favor de la evaluación.

Tabla 1. Síntomas sugestivos de diagnóstico diferencial

• Síntomas físicos inexplicables • Dolor crónico • Fatigabilidad	• Insomnio • Ansiedad • Uso de sustancias.
--	--

3.2 En el proceso diagnóstico de la depresión en el adulto, el clínico debe considerar la realización del diagnóstico diferencial de enfermedades como las enumeradas en la tabla 2.

Recomendación fuerte a favor de la evaluación de diagnóstico diferencial.

Tabla 2. Escenarios clínicos que pueden simular depresión

• Demencias • Hipotiroidismo-hipertiroidismo • Cáncer de páncreas • Enfermedad de Addison • Tumores cerebrales • Avitaminosis	• Desnutrición • Fibromialgia • Síndrome de fatiga crónica • Trastorno afectivo bipolar • Abuso de sustancias • Trastornos de adaptación o de ajuste
---	--

Puntos de buena práctica clínica

- Ante los síntomas físicos inexplicables, dolor crónico y fatigabilidad el médico debe haber descartado previamente otras condiciones médicas que los puedan producir.
- El médico debe tener en cuenta que la presencia de las enfermedades o trastornos que cursan con síntomas depresivos no excluyen la posibilidad de que exista un episodio depresivo concurrente.
- Si el paciente tiene un episodio depresivo o un trastorno depresivo recurrente el médico debe clasificar la severidad de la depresión de acuerdo con los criterios de severidad de la CIE-10 en leve, moderada o grave (anexo 1).

Aspecto 2: Detección de factores que incrementan el riesgo de suicidio en adultos con episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente

4. Evaluación de riesgo de suicidio

4.1 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 encontrar que hizo un intento de suicidio o existe un riesgo de suicidio debe referir al paciente para atención psiquiátrica inmediata (ver recomendación 5.4).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

4.2 En la evaluación del riesgo suicida el profesional de la salud debe preguntar acerca de ideas, planes, gestos e intentos de suicidio, o de comportamientos de autoagresión, empleando las siguientes seis preguntas:

Recomendación fuerte a favor de la evaluación.

Actualmente usted

- ¿Siente que vale la pena vivir?
- ¿Desea estar muerto?
- ¿Ha pensado en acabar con su vida?
- Si es así, ¿ha pensado cómo lo haría? ¿Qué método utilizaría?
- ¿Tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan?*
- ¿Qué le impide hacerse daño?

* Explore si el paciente tiene a su alcance medios para concretar un acto suicida como: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad

4.3 En todo paciente adulto con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente explore los siguientes factores que aumentan el riesgo de suicidio (tabla 3), independientemente de las respuestas a las preguntas planteadas en la recomendación 4.2.

Recomendación fuerte a favor de la evaluación.

Tabla 3. Factores de riesgo de suicidio

HISTORIA MÉDICA PREVIA	SÍNTOMAS
• Historia de intentos previos. • Un intento previo de alta letalidad o con métodos violentos (ahorcamiento, precipitación desde alturas, uso de armas de fuego, incineración). • Abuso o dependencia de sustancias. • Trastorno de personalidad. • Enfermedad física comórbida. • Historia familiar de suicidio. • Comorbilidad con trastornos de ansiedad. • Antecedentes de hospitalización psiquiátrica.	• Anhedonia (falta de placer). • Ansiedad severa. • Ataques de pánico. • Desesperanza. • Insomnio. • Pobre concentración. • Psicosis.
FACTORES SOCIALES-VITALES	
• Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado). • Pérdida de algún ser querido. • Pobre red de apoyo. • Vivir solo.	

4.4 No se recomienda el uso de escalas que valoran el riesgo de suicidio.

Recomendación fuerte en contra de la evaluación con escalas de riesgo de suicidio.

Punto de buena práctica clínica

Debe explicar al familiar o cuidador el riesgo existente.

Aspecto 3: Aspectos generales del tratamiento

5. Manejo del paciente con depresión en atención primaria e indicaciones para remisión a psiquiatra

5.1 Los pacientes adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente pueden ser manejados en atención primaria cuando presenten un primer episodio leve.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

5.2 El manejo del adulto con depresión leve debe comprender las estrategias enumeradas en la tabla 4.

Tabla 4. Estrategias de manejo de depresión leve en atención primaria

5.2.1 Psicoeducación (recomendación 13).

Recomendación fuerte a favor de la Psicoeducación.

5.2.2 Explorar y hablar con el paciente los eventos vitales estresantes recientes (ejemplos en la tabla 5).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

5.2.3 Programar citas de seguimiento hasta cada 15 días por 3 meses consecutivos.

Recomendación débil a favor de la frecuencia y duración del seguimiento.

5.2.4 Hacer contacto telefónico en caso de inasistencia a los controles propuestos.

Recomendación débil a favor del contacto telefónico.

5.2.5 Recomendar ejercicio (recomendación 15) entre 30 y 45 minutos 3 veces por semana, durante 10 a 14 semanas.

Recomendación fuerte a favor del ejercicio.

5.2.6 Recomendar mantener una rutina cotidiana y hábitos de vida saludable.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

5.2.7 Promover higiene del sueño.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

5.2.8 Los antidepresivos **no deben usarse de manera rutinaria** para tratar síntomas depresivos leves, debido a que el riesgo-beneficio no lo amerita (recomendación 10.2).

Recomendación fuerte en contra de la intervención con antidepresivos de rutina en depresión leve.

5.2.9 No se recomienda prescribir benzodiazepinas **de rutina** por el riesgo de abuso y dependencia (recomendación 16).

Recomendación fuerte en contra del uso de benzodiazepinas.

5.2.10 No se recomienda prescribir inductores del sueño **de rutina** por el riesgo de abuso y dependencia (recomendación 16).

Recomendación fuerte en contra del uso de inductores del sueño.

Tabla 5. Ejemplos de eventos vitales estresantes

Se considera que algunos ejemplos de eventos vitales estresantes pueden ser los siguientes:

- Muerte de un familiar o un amigo.
- Divorcio o separación.
- Problemas legales.
- Cambios laborales (cambio de tipo de trabajo, de horarios de trabajo, de responsabilidades en el trabajo, ascensos, jubilación-pensión, etc.).
- Desempleo.
- Dificultades económicas.
- Malas relaciones intrafamiliares.
- Cambio de residencia.
- Cambio de religión.
- Hijo que sale del hogar.

5.3 Si durante las citas de seguimiento el paciente adulto con diagnóstico de depresión leve no ha presentado mejoría o empeoran los síntomas se lo debe referir a una consulta especializada de psiquiatría.

Recomendación fuerte a favor de la remisión a psiquiatría.

5.4 Si el paciente adulto presenta un episodio depresivo moderado o grave preferiblemente, se lo debe remitir a un especialista en psiquiatría; si esto no es posible, se iniciará el tratamiento indicado (farmacológico y psicoterapéutico; ver recomendación 10) en atención primaria, con supervisión del especialista en psiquiatría. Si no hay mejoría de los síntomas con el tratamiento instaurado se debe referir el paciente a consulta especializada de psiquiatría.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

Nota: La supervisión del especialista puede ser presencial o a distancia según la capacidad de los centros de atención en salud de cada región del país.

5.5 Adultos que cursen con episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente y tengan riesgo suicida, un intento de suicidio reciente, consumo activo de sustancias o síntomas psicóticos deben ser referidos a consulta inmediata con un psiquiatra.

Recomendación fuerte a favor de la remisión inmediata a psiquiatría.

6. Indicaciones de hospitalización para el paciente con depresión atendidos por médico psiquiatra

6.1 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:

Recomendación fuerte a favor de la hospitalización.

- 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 médico psiquiatra dificulten el manejo ambulatorio (por ejemplo: paciente sin red de apoyo, o víctima de violencia intrafamiliar, abuso, negligencia u otros).

7. Incapacidad para el paciente con diagnóstico de depresión

7.1 Los pacientes adultos con depresión leve no requieren incapacidad. Los pacientes adultos con depresión moderada o grave que tengan un alto nivel de discapacidad deben ser evaluados por un médico psiquiatra, quien puede prescribir los días de incapacidad que requiera de acuerdo con su criterio. Se debe respetar el derecho a la confidencialidad.

Recomendación débil a favor de la licencia o excusa médica.

8. Uso de exámenes paraclínicos

8.1 En presencia de signos y de síntomas de alguna de las entidades enumeradas para el diagnóstico diferencial (recomendación 3) solicite las pruebas de apoyo diagnóstico específicas.

Recomendación débil a favor de la evaluación con pruebas diagnósticas.

Punto de buena práctica clínica

- Los exámenes paraclínicos dependerán de las comorbilidades y tipos de tratamiento establecidos.
- No existen exámenes paraclínicos específicos para diagnosticar depresión.

9. Estrategias de adherencia al tratamiento para pacientes con diagnóstico de depresión

9.1 Se recomienda promover la adherencia a los tratamientos de la depresión en el adulto a través de psicoeducación u otros mecanismos que mejoren el contacto con el paciente, tales como:

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

- a. Establecer una adecuada relación del profesional de la salud-paciente.
- b. Garantizar el acompañamiento de este durante el tratamiento, con estrategias comunicacionales (llamada, mensaje etc.).
- c. Fomentar el establecimiento de hábitos.

La psicoeducación es la actividad educativa que se provee sobre la enfermedad, sus consecuencias y los manejos en diversos ámbitos (personal, familiar o social) de las personas que sufren problemas mentales. A través de dichas estrategias se busca que la persona y su familia entiendan la enfermedad, y, de esta forma, sean capaces de manejarla mejor.

Aspecto 4A: Tratamientos de la depresión, manejo de fase aguda

10. Indicación de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico

10.1 Los antidepresivos están indicados para el tratamiento de adultos con episodios depresivos (únicos o recurrentes) **moderados y graves**.

Recomendación fuerte a favor de la indicación de tratamiento con antidepresivos.

10.2 Los antidepresivos **no deben usarse de manera rutinaria** para tratar síntomas depresivos leves, pues el riesgo-beneficio no lo amerita.

Recomendación fuerte en contra de la intervención con antidepresivos de rutina en depresión leve.

10.2.1 Excepto si:

- a. El paciente tiene antecedente de depresión moderada o grave
- b. Pacientes con síntomas que persisten a pesar de otras intervenciones.

Recomendación fuerte a favor de la indicación de tratamiento con antidepresivos.

10.3 La psicoterapia está indicada para el tratamiento de adultos con episodios depresivos (únicos o recurrentes) moderados y graves.

Nota: Los diferentes tipos de psicoterapia se describen en el anexo 3.

Recomendación fuerte a favor de la indicación de tratamiento.

10.4 Las intervenciones psicoterapéuticas están indicadas, además, cuando:

Recomendación fuerte a favor de la indicación de tratamiento con psicoterapia.

- Existe contraindicación de manejo farmacológico (embarazo, lactancia, enfermedad médica compleja con polifarmacia, presencia de interacciones con otros medicamentos).

- Hay antecedente de buena respuesta a la psicoterapia en episodios previos (o antecedente de mala respuesta a la monoterapia con anti-depresivos).
- 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).

10.5 La elección de un tratamiento *debe* estar influenciada por:

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

- La duración del episodio y las características y la evolución de los síntomas.
- Las características de episodios previos y su respuesta a tratamientos.
- La probabilidad de adherencia al tratamiento.
- Los efectos adversos potenciales.
- La preferencia y las experiencias previas del paciente.

Puntos de buena práctica clínica

- Al momento de prescribir antidepresivos es necesario explorar las preocupaciones de los pacientes en cuanto a tomar medicamentos, y debe proporcionarse una información detallada acerca de:
 - La razón que apoya la conducta.
 - El tiempo que toma alcanzar el efecto antidepresivo completo.
 - La necesidad de tomar el medicamento como es prescrito, y de continuar el tratamiento después de la remisión.
 - Los potenciales efectos adversos.
 - Las posibles interacciones con otros medicamentos.
 - El riesgo y la naturaleza de los síntomas de discontinuación (sobre todo, en el caso de fármacos con vidas medias cortas, como paroxetina y venlafaxina), y cómo estos síntomas pueden minimizarse.
 - La percepción del paciente en cuanto a la eficacia y la tolerabilidad de los medicamentos, si los ha tomado previamente.
- Todas las intervenciones psicoterapéuticas para depresión deben ser realizadas por terapeutas competentes; deben basarse en un manual de tratamiento que guía la estructura y la duración de la intervención y se deben usar medidas de desenlace de manera rutinaria para asegurar la revisión periódica de la eficacia del tratamiento

11. Tratamiento farmacológico fase aguda

11.1 Al prescribir un antidepresivo para el tratamiento de la depresión en adultos el médico debe escoger el tipo de fármaco según el perfil de efectos adversos y el potencial de interacciones medicamentosas (especialmente, en ancianos), considerando las preferencias del paciente.

Recomendación fuerte a favor de la estrategia de selección del antidepresivo.

11.1.1 En el momento de prescribir los antidepresivos el médico debe considerar los efectos adversos de cada uno. (En el anexo 2 se presenta un listado de efectos para cada *medicamento*).

Recomendación fuerte a favor de la consideración de los efectos adversos previo a la prescripción del antidepresivo.

11.2 La primera línea de tratamiento farmacológico para los adultos* con diagnóstico de depresión puede ser con: fluoxetina o sertralina (ISRS), amitriptilina* (ATC) o mirtazapina (NaSSA), siempre y cuando sean consideradas las características del cuadro clínico del paciente y sus preferencias.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

**Salvo la excepción a la recomendación descrita en 11.2.1.*

11.2.1 Para adultos mayores (ancianos) o pacientes con contraindicaciones para el uso de 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.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

11.2.2 En caso de necesitar un cambio de antidepresivo utilice como segunda línea de tratamiento las alternativas de la primera línea que no prescribió entre Fluoxetina o Sertralina (ISRS), Amitriptilina* (ATC) o Mirtazapina (NaSSA).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

11.2.3 La tercera línea de tratamiento incluye: imipramina, clomipramina, paroxetina, escitalopram, citalopram, fluvoxamina, venlafaxina, duloxetine, desvenlafaxina, trazodone y bupropion

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

11.2.4 La cuarta línea de tratamiento son los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).

Recomendación débil a favor de la intervención con IMAOs.

11.3 Cuando se prescriban antidepresivos duales o tricíclicos se debe incrementar gradualmente la dosis, para evitar efectos colaterales intolerables.

Recomendación fuerte a favor de la titulación.

11.4 No se recomienda el uso de *Hypericum*, o hierba de San Juan, por la variación en las presentaciones disponibles en el mercado. Sin embargo, los médicos deben advertir a los pacientes sobre el riesgo de interacciones medicamentosas si llegaran a utilizar este medicamento.

Recomendación débil en contra de la intervención con *Hypericum*.

11.5 No se recomienda el uso de reboxetina, porque tiene pocos beneficios para el tratamiento del episodio depresivo en comparación con el riesgo de efectos adversos.

Recomendación fuerte en contra de la intervención.

11.6 No se recomienda el uso de agomelatina, debido a que en el momento no hay suficiente evidencia acerca de su efectividad.

Recomendación débil en contra de la intervención con agomelatina.

11.7 Si se presentan efectos colaterales al inicio del tratamiento se recomienda:

11.7.1 Si son leves y tolerables para el paciente registrarlos y no hacer cambios en el tratamiento.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

11.7.2 Si se trata de insomnio y ansiedad se puede prescribir una benzodiacepina por menos de dos semanas.

Recomendación débil a favor de la intervención

11.7.3 Cambiar el antidepresivo por otro si los efectos no son tolerados por el paciente.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

11.8 Al iniciar un antidepresivo el clínico debe hacer un seguimiento cuidadoso del riesgo de suicidio del paciente.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

12. Tiempo de espera para valorar la eficacia del tratamiento farmacológico

12.1 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.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

Punto de buena práctica clínica

Todo paciente al que se le haya iniciado o modificado el tratamiento con antidepresivos debe evaluársele su respuesta al tratamiento farmacológico durante los controles. Esta evaluación debe incluir la exploración de efectos adversos, mejoría y riesgo de suicidio

13. Tratamiento psicoterapéutico fase aguda

13.1 Para pacientes adultos con depresión leve se deben realizar intervenciones psicoterapéuticas de menor intensidad (psicoeducación) como primera opción.

Recomendación fuerte a favor de la intervención de menor intensidad.

13.1.1 En pacientes adultos con depresión leve con síntomas persistentes después de tres meses de seguimiento (recomendación 5.2.3) se debe iniciar una intervención psicoterapéutica de tipo TCC (terapia cognitiva conductual).

Recomendación débil a favor de la intervención con TCC.

13.2 Para pacientes adultos con depresión moderada o grave ofrezca una combinación de antidepresivo y psicoterapia.

Recomendación fuerte a favor de la intervención combinada.

13.2.1 La psicoterapia de primera línea es la TCC.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

13.2.2 La psicoterapia de segunda línea es TIP (terapia interpersonal) individual.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

13.2.3 La tercera línea incluye la terapia psicodinámica breve o terapia grupal.

Recomendación débil a favor de la intervención.

13.3 Para todas las personas que reciban TCC individual la duración debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. También considere 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.

Recomendación fuerte a favor de la frecuencia y duración de la intervención con TCC.

13.4 Para las personas que reciban TIP la duración del tratamiento debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. Para aquellas con depresión moderada a grave considere 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.

Recomendación fuerte a favor de la frecuencia y duración de la intervención con TIP.

13.5 La terapia cognitivo-conductual grupal (TCCG) debe consistir de 10-12 sesiones de 8-10 participantes por 12-16 semanas, incluido el seguimiento.

Recomendación débil a favor de la frecuencia y duración de la intervención con TCCG.

13.6 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.

Recomendación débil a favor de la frecuencia y duración de la intervención con psicoterapia psicodinámica breve.

Puntos de buena práctica clínica

- En los pacientes con depresión grave se debe iniciar primero el manejo antidepressivo y cuando se observe respuesta iniciar la psicoterapia.
- La duración de cada sesión de psicoterapia varía entre 30 y 45 minutos según la técnica empleada.
- En pacientes con problemas de pareja o familia que perpetúen los síntomas depresivos se sugiere psicoterapia de pareja o familia.
- Todas las intervenciones terapéuticas para pacientes con depresión deben ser provistas por profesionales competentes o entrenados (psiquiatras, médicos, psicólogos clínicos, enfermeras entrenadas en salud mental) en el modelo terapéutico usado (basado en un manual). Los terapeutas deben recibir supervisión regularmente y evaluar los resultados de la intervención de manera periódica.

14. Tratamiento con terapias alternativas

14.1 No se recomiendan el uso de la acupuntura ni la homeopatía para el manejo de la depresión.

Recomendación débil en contra de la intervención

15. Tratamiento con ejercicio

15.1 Se recomienda realizar actividad física rutinaria sola para el tratamiento de pacientes adultos con episodios depresivos leves o como terapia adjunta si el episodio es moderado o grave.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

15.2 Se recomienda que los programas de actividad física rutinaria en adultos con diagnóstico de depresión incluyan al menos 3-5 sesiones semanales de 30-45 minutos de duración cada una. Idealmente, esta debe realizarse todos los días, según las preferencias y las características del paciente.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

16. Tratamiento del insomnio y de la ansiedad asociados a la depresión

16.1 No se recomienda el uso de rutina de benzodicepinas para el manejo de la ansiedad en pacientes adultos con diagnóstico de depresión.

Recomendación fuerte en contra de la intervención.

16.1.1 Excepciones: cuando no haya mejoría de la ansiedad con los antidepresivos, o si la ansiedad del paciente es clínicamente significativa durante la fase aguda.

Recomendación débil a favor de la intervención.

16.1.2 En caso de que se las use, las benzodicepinas deben ser administradas junto con el antidepresivo.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

16.1.3 Una vez prescritas las benzodicepinas el tiempo máximo de empleo es de 4 semanas.

Recomendación fuerte a favor del tiempo máximo de intervención con benzodicepinas.

16.2 En caso de insomnio en adultos con diagnóstico de depresión se recomienda la utilización de medidas de higiene del sueño y de un antidepresivo inductor del sueño.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

16.2.1 Se recomienda el uso de hipnóticos no benzodicepínicos para el manejo agudo (máximo, cuatro semanas) del insomnio en pacientes que no respondieron al manejo con antidepresivos e higiene del sueño en el momento en que se realice el seguimiento del paciente.

Recomendación débil a favor de la intervención.

16.3 No se recomienda la musicoterapia como coadyuvante en el manejo de la depresión y de la ansiedad en el corto plazo.

Recomendación débil en contra de la intervención.

17. Evaluación y medición de respuesta y de remisión

17.1 En Colombia no se recomienda la utilización de escalas para evaluar a los pacientes adultos con diagnóstico de depresión durante el seguimiento de su tratamiento (debido a que no existen escalas validadas para seguimiento).

Recomendación fuerte en contra de la evaluación de los pacientes con depresión para el seguimiento clínico con escalas.

Punto de buena práctica clínica

El seguimiento de los pacientes en tratamiento debe ser clínico: evaluando los síntomas y el compromiso funcional del paciente a partir de los criterios empleados para realizar el diagnóstico

18. Periodicidad del seguimiento en la fase aguda

18.1 Para adultos con un episodio depresivo leve en atención primaria considere, según criterio clínico, hacer un seguimiento cada 15 días por 3 meses, siguiendo las intervenciones sugeridas en recomendación 5.2

Recomendación débil a favor de la frecuencia del seguimiento.

18.2 Para adultos que inician tratamiento con antidepresivo para el manejo de la depresión debe realizarse la primera visita de control, entre la segunda y tercera semana de iniciado el tratamiento y posteriormente, a intervalos de dos a tres semanas durante los primeros tres meses.

Recomendación fuerte a favor de la frecuencia del seguimiento clínico.

18.2.1 Si la respuesta es buena se puede seguir al paciente cada mes durante los seis meses siguientes (fase de continuación).

Nota: La definición de fase de continuación se encuentra en el anexo 4.

Recomendación débil a favor de la frecuencia de seguimiento durante la fase continuación.

18.2.2 Si hay recuperación funcional*, en la que el paciente está asintomático se puede seguir a intervalos más largos durante la fase de mantenimiento, de acuerdo con la duración del tratamiento. (Ver fases del tratamiento en el anexo 4).

Recomendación fuerte a favor de la frecuencia del seguimiento clínico en la fase mantenimiento.

**El término “recuperación funcional” se refiere al fin de un episodio depresivo por una remisión superior a 6 meses consecutivos periodo en el cual el paciente vuelve a su estado habitual normal.*

19. Evaluación de predictores de respuesta o falla de las intervenciones terapéuticas en el manejo agudo

19.1 El clínico debe evaluar en todos los pacientes adultos en quienes inició manejo farmacológico o psicoterapéutico para la depresión la presencia de **factores que predicen mala respuesta** para ajustar el seguimiento y modificar la terapia de acuerdo a la evolución (ver recomendación 12). En la tabla 6 se presentan los factores predictores de respuesta.

Recomendación débil a favor de la evaluación de predictores.

19.2 El clínico debe verificar la presencia de **factores asociados a buena respuesta** para el tratamiento de la depresión e informarlos al paciente. (Tabla 6)

Recomendación débil a favor de la evaluación de predictores.

Tabla 6. Factores predictores de la respuesta al tratamiento de la depresión

FACTORES PREDICTORES DE MALA RESPUESTA	FACTORES PREDICTORES DE BUENA RESPUESTA
• Trastornos de personalidad (asociados a pobre respuesta a TCC). • Antecedente de intento de suicidio • Comorbilidad Respuesta temprana (menor que 2 semanas). • Alta satisfacción con ansiedad • Dolor físico • IMC elevado • Desempleo • Depresión crónica	• Respuesta temprana (menor de 2 semanas) • Alta satisfacción con la vida • Estado civil casado

Aspecto 4B: Manejo de continuación y mantenimiento del episodio depresivo y el trastorno depresivo recurrente

20. Evaluación de predictores de respuesta o de falla de las intervenciones terapéuticas en el manejo de continuación-mantenimiento

20.1 El clínico debe evaluar en todos los adultos que reciben tratamiento para la depresión la presencia de factores que predicen recurrencia. Ver tabla 7.

Recomendación fuerte a favor de la evaluación de predictores de recurrencia.

Tabla 7. Factores predictores de recurrencia de la depresión

FACTORES PREDICTORES DE RECURRENCIA
• Antecedente de tres o más episodios depresivos previos • Antecedente de síntomas residuales • Tiene problemas de salud comórbidos • El episodio fue grave con o sin psicosis • Tiene otra comorbilidad psiquiátrica • Tiene vulnerabilidad a la recaída por estresores psicosociales • Presencia de ansiedad • Insomnio persistente

21. Estrategias farmacológicas para prevención de recaídas/ recurrencias

21.1 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.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

21.2 Considere el uso continuo de antidepresivos hasta 2 años si el paciente adulto con diagnóstico de depresión presenta uno o más de los siguientes antecedentes:

Recomendación débil a favor de la intervención.

- Tiene tres o más episodios depresivos previos.
- Tiene síntomas residuales.
- Tiene problemas de salud comórbidos.
- El episodio fue grave, con o sin psicosis.
- Tiene otra comorbilidad psiquiátrica.
- Tiene vulnerabilidad a la recaída por estresores psicosociales.

21.3 En pacientes adultos con diagnóstico de depresión el uso de antidepresivos por más de 2 años debe ser personalizado, de acuerdo con el criterio del médico psiquiatra y las preferencias del paciente, evaluando beneficios-riesgos.

Recomendación débil a favor de la intervención.

21.4 En adultos con tratamiento farmacológico para depresión, cuando se suspenda cualquier antidepresivo hágalo gradualmente, en el lapso de un mes, para evitar los síntomas de discontinuación; especialmente, la paroxetina y la venlafaxina. También informe al paciente sobre los posibles síntomas de discontinuación, que incluyen: cambios en el ánimo, inquietud, insomnio, sudoración, náuseas y parestesias.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

21.4.1 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.

Recomendación débil a favor de la intervención.

22. Estrategias no farmacológicas para la prevención de recaídas/recurrencias

22.1 En pacientes adultos con diagnóstico de depresión que no han recibido TCC durante la fase aguda se recomienda ofrecerla en la fase de continuación (Anexo 4), para prevenir recaídas.

Recomendación fuerte a favor de la intervención con TCC.

22.2 En adultos con diagnóstico de depresión, la TCC se puede ofrecer de forma concomitante con medicamentos, o de forma secuencial después de retirar el antidepresivo, para prevenir recaídas.

Recomendación fuerte a favor de la intervención con TCC.

22.3 Para pacientes adultos con diagnóstico de depresión con síntomas residuales, con 3 o más episodios previos, o alto riesgo de recurrencia/recaída, la TCC basada en conciencia plena (*mindfulness*) se recomienda como una opción de tratamiento adicional a la farmacoterapia.

Recomendación débil a favor de la intervención

22.4 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.

Recomendación fuerte a favor de la frecuencia y duración de la intervención con TCBCP

Sección II

RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN REFRACTARIA Y DEPRESIÓN CON PSICOSIS

Las recomendaciones de esta sección están dirigidas al médico psiquiatra o equipos de salud mental especializados para el manejo de casos de depresión refractaria o depresión con psicosis.

Aspecto 5: Tratamiento de la depresión resistente y la depresión con psicosis

23. Tratamiento de la depresión refractaria (o resistente)

Se considera depresión refractaria (o resistente) a aquellos episodios que no presentan respuesta a dos o más cursos de tratamiento farmacológico con antidepresivos.

23.1 Los pacientes adultos con depresión refractaria deben ser atendidos por un especialista en psiquiatría (ver recomendación 5).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

23.2 En pacientes adultos con diagnóstico de depresión refractaria considere:

Recomendación débil a favor de la intervención.

- Cambiar por un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina.
- Si ya recibía un medicamento de esta familia (ISRS) cambie el medicamento por otro antidepresivo de nueva generación que sea de los mejor tolerados.
- Si el paciente no presenta respuesta a los cambios sugeridos anteriormente, considere el cambio a un antidepresivo de una clase farmacológica diferente, que puede no ser tan bien tolerado; por ejemplo, un ATC, la venlafaxina o un IMAO.

23.2.1 Todo cambio debe guiarse por los efectos secundarios y las posibles interacciones durante el período de cambio. Tenga especial cuidado cuando se cambia:

Recomendación fuerte a favor de guiarse por efectos adversos e interacciones para el cambio de antidepresivos.

- De fluoxetina a otro antidepresivo, ya que la fluoxetina tiene una vida media larga (aproximadamente, 1 semana).

- De fluoxetina o paroxetina a un antidepresivo tricíclico, pues ambos inhibidores de la recaptación de serotonina inhiben el metabolismo de los tricíclicos, y, por lo tanto, se debe prescribir una dosis inicial más baja del antidepresivo tricíclico; sobre todo, si va cambiar de fluoxetina, por su larga vida media.
- A un nuevo antidepresivo serotoninérgico o IMAO, debido al riesgo de síndrome serotoninérgico
- De un IMAO irreversible: es necesario un período de lavado de 2 semanas, y los otros antidepresivos no deben ser prescritos durante el mismo periodo.

23.3 En pacientes adultos con diagnóstico de depresión refractaria la combinación o potenciación del antidepresivo puede realizarse con:

Recomendación débil a favor de la intervención.

- Un antipsicótico como risperidona, aripiprazol, olanzapina o quetiapina.
- Litio
- Algún otro antidepresivo.

23.3.1 Considere el uso de hormona tiroidea como estrategia de potenciación en pacientes adultos con diagnóstico de depresión refractaria si hay hipotiroidismo subclínico

Recomendación débil a favor de la intervención.

23.4 No se recomienda usar de forma rutinaria en pacientes con diagnóstico de depresión las siguientes estrategias farmacológicas:

Recomendación débil en contra de la intervención.

- Potenciación de un antidepresivo con una benzodiacepina.
- Potenciación de un antidepresivo con buspirona, carbamazepina, lamotrigina o valproato.
- Potenciación de un antidepresivo con clonidina.

23.5 Considere la posibilidad de terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación para el tratamiento agudo de la depresión grave cuando está en peligro la vida y se requiere una respuesta rápida, o cuando otros tratamientos han fracasado.

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

23.5.1 Se puede considerar la terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación para los adultos con depresión moderada si la depresión no ha respondido a los múltiples tratamientos farmacológicos ni al tratamiento psicoterapéutico.

Recomendación débil a favor de la intervención.

23.6 No se recomienda el uso de rutina de la estimulación magnética transcraneana y estimulación del nervio vago en pacientes adultos con depresión refractaria.

Recomendación fuerte en contra de la intervención.

Punto de buena práctica clínica

- Considere la combinación de medicamentos para potenciación del antidepresivo si:
 - El paciente está informado y dispuesto a tolerar la suma de efectos adversos
 - Se han documentado las razones que fundamentan la combinación
 - Cuando se utilizan combinaciones de medicamentos (que sólo debe ser iniciado normalmente por un psiquiatra):
 - Debe seleccionar los medicamentos que se sabe son seguros cuando se usan juntos
 - Debe tener en cuenta el aumento de efectos secundarios que esto normalmente causa
- Documentar las razones de la combinación elegida
 - Vigilar la aparición de efectos adversos.
 - Realice los exámenes clínicos y de laboratorio indicados para el seguimiento del tratamiento de acuerdo con el medicamento prescrito

24. Tratamiento de la depresión psicótica

24.1. En pacientes adultos con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos se recomienda la combinación de antipsicótico y antidepresivo considerando perfil de efectos secundarios.

Recomendación fuerte a favor de la intervención con combinación de antipsicótico y antidepresivo

24.2 En pacientes adultos que no tengan contraindicación para el uso de antidepresivos tricíclicos, se recomienda de preferencia usarlos en el manejo de pacientes con depresión psicótica.

Recomendación débil a favor de la intervención con antidepresivos tricíclicos.

24.3 En pacientes adultos con diagnóstico de depresión no se recomienda el manejo con antipsicótico como monoterapia.

Recomendación fuerte en contra de la intervención con antipsicóticos como monoterapia para depresión.

24.4 En pacientes adultos con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos se recomienda usar la terapia electroconvulsiva con anestesia y relajación como tratamiento de primera línea en pacientes que tengan contraindicación para el uso de medicación, o de segunda línea en quienes no hayan respondido al manejo farmacológico.

Recomendación fuerte a favor de la intervención con terapia electroconvulsiva.

24.5 Los pacientes adultos con depresión psicótica deben ser atendidos por un especialista en psiquiatría (ver recomendación 5).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

25. Tratamiento con terapia ocupacional

25.1 En todo paciente hospitalizado por depresión grave se recomienda intervención de terapia ocupacional (En pacientes psicóticos se iniciará una vez los síntomas no interfieran con el desarrollo de las actividades).

Recomendación fuerte a favor de la intervención.

25.2 Se recomienda terapia ocupacional en adultos con depresión resistente al tratamiento o con deterioro funcional significativo, según criterio clínico.

Recomendación débil a favor de la intervención.

26. Tratamiento en el hospital día

26.1 No se recomienda la hospitalización diurna para el manejo de adultos con diagnóstico depresión.

Recomendación débil en contra de la intervención.

Referencias

1. Gómez Restrepo, Uribe Restrepo, Alzate García. Capítulo 49: Trastornos afectivos: Trastornos depresivos. En: Gómez Restrepo, Hernández Bayona, Roja Urrego, Santacruz Oleas, Uribe Restrepo. *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. 2008.
2. American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Versión en español. DSM -IV TR. Masson. 2002.
3. Judd LL, Akiskal HS, Maser JD, et al. A prospective 12 year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1988;55:694-700.
4. Colman I, Naicker K, Zeng Y, Ataullahjan A, Senthilselvan A, Patten SB. Predictors of long-term prognosis of depression. *CMAJ*. 2011 Nov 22;183(17):1969-76.
5. World Psychiatric Association (WPA). *International Committee for prevention & treatment of depression. Educational Program on Depressive Disorders*. NCM Publishers Inc. New York. 1997.
6. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. *Guía Metodológica para el desarrollo de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*. Bogotá, Colombia 0.
7. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2011 Apr;64(4):383-94.

Anexos

Anexo 1. Criterios diagnósticos CIE -10

Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición (CIE-10), para episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente

- A.** Criterios generales para episodio depresivo
1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 2. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- B.** Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:
1. 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.
 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
 3. Falta de vitalidad 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:
1. Pérdida de confianza y de la estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad.
 2. Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
 3. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, o cualquier conducta suicida.
 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
 6. Cualquier tipo de alteraciones del sueño.
 7. Cambios en el apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso.

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 maníaco o hipomaníaco en cualquier período de la vida.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo según CIE-10

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

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

Episodio depresivo grave: Deben existir los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas. 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. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Anexo 2. Aspectos específicos relacionados con medicamentos antidepresivos seleccionados

Antidepresivos tricíclicos (ADT)

MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN ANTIDEPRESIVA	MONITORIZACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANOTACIONES
Amitriptilina	75-300 mg/día. Una vez al día		• Visión borrosa • Estreñimiento • Sequedad bucal y ocular • Hipotensión fotostática • Sedación y somnolencia	Las alteraciones cardiovasculares suceden especialmente en adultos mayores, personas con enfermedad cardíaca o en quienes están tomando múltiples medicamentos. Por lo tanto, en los pacientes con estas características deben prescribirse antidepresivos diferentes a los ATC. El riesgo de presentar crisis epilépticas es leve. Por el riesgo de toxicidad se recomienda para personas con alto riesgo de suicidio otro tipo de antidepresivos como primera línea y tener precauciones si es necesario prescribir este grupo. Debe tenerse especial atención en personas con diabetes y síndrome metabólico por el potencial en ganancia de peso.
Imipramina	50-300 mg/día. Una vez al día	Electrocardiograma: de base y de acuerdo a evolución clínica. Prueba de embarazo de acuerdo a sospecha clínica.	• Taquicardia sinusal • Alteraciones en la conducción cardíaca • Crisis epilépticas • Retención urinaria • Toxicidad en sobredosis	En pacientes en riesgo para alteraciones hídroelectrolíticas (por ej. uso de diuréticos) medir electrolitos.
Clomipramina	25-250 mg/día. Una vez al día	Peso e índice de masa corporal (IMC): de base y durante el tratamiento. Electrolitos de control de acuerdo a clínica.		

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN ANTIDEPRESIVA	MONITORIZACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANOTACIONES
Fluoxetina	20-40 mg/día. Una vez al día.	Ninguno para individuos sanos.	• Insomnio y ansiedad • Diarrea • Mareo • Sangrado gastrointestinal • Fatiga • Cefalea • Náusea y vómito • Disfunción sexual* • Hiponatremia en ancianos	El antidepresivo que tiene mayor riesgo de disfunción sexual es la paroxetina. La diarrea se presenta especialmente con la sertralina. Con respecto al sangrado se presenta especialmente en ancianos o cuando estos medicamentos se combinan con otros fármacos que puedan producir alteraciones gástricas como los antiinflamatorios no esteroideos. Si se prescribieran a personas con alto riesgo de sangrado, se recomienda el uso de medicamentos protectores de la mucosa gástrica. Síntomas de discontinuación con paroxetina.
Sertralina	50-200 mg/día. Una vez al día.			
Fluvoxamina	100-200 mg/día. Una vez al día.			
Escitalopram	10-20 mg/día. Una vez al día.			
Paroxetina	20-40 mg/día. Una vez al día.			

*Disfunción sexual puede incluir eyaculación retardada, disfunción eréctil, disminución del deseo sexual y anorgasmia

Antidepresivos duales

MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN ANTIDEPRESIVA	MONITORIZACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANOTACIONES
Venlafaxina	75-300 mg/día. Una vez al día.	Toma de niveles de presión arterial.	• Insomnio y ansiedad • Disminución del apetito	La ansiedad y el insomnio son más frecuentes en los ISRS que en este grupo. Hipertensión arterial se presenta especial-
Desvenlafaxina	50 mg una vez al día	Toma de niveles de presión arterial. Perfil lipídico.	• Mareo • Náusea y vómito • Hipertensión arterial • Disfunción sexual	mente con altas dosis de venlafaxina. Elevación de colesterol y triglicéridos con desvenlafaxina.
Duloxetina	30-60 mg en una o dos dosis diarias	Toma de niveles de presión arterial.	• Sangrado anormal • Hiponatremia en ancianos • Síntomas de discontinuación	Precaución del uso de desvenlafaxina y duloxetina en pacientes con glaucoma de ángulo estrecho (contraindicado si no está controlado). Monitoreo estricto y atención a interacciones farmacológicas.

Otros Antidepresivos

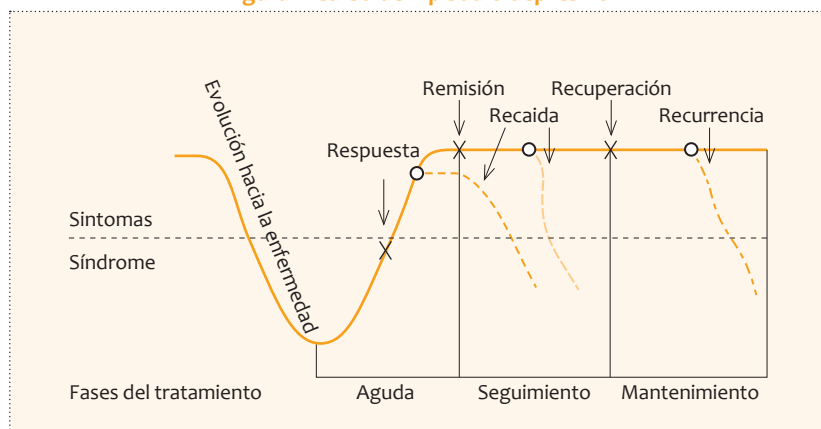
MEDICAMENTO	DOSIFICACIÓN ANTIDEPRESIVA	MONITORIZACIÓN Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS	EFFECTOS SECUNDARIOS	ANOTACIONES
Bupropión	150-300 mg/día. Una vez al día	Ninguno para individuos sanos.	• Constipación • Cefalea • Insomnio • Náuseas • Crisis epilépticas	Tiene menores efectos a nivel sexual. Riesgo de crisis epilépticas con sobredosificación.
Trazodone	50-300 mg/día. Una vez al día.	Ninguno para individuos sanos.	• Náusea y vómito • Hipotensión • Sedación y somnolencia • Priapismo (raro)	Tiene un uso importante en el manejo de insomnio primario y secundario por la somnolencia que produce. Pocos pacientes toleran altas dosis de este medicamento. Para el manejo del insomnio se utilizan dosis de 25-50 mg.
Mirtazapina	15-45 mg/día. Una vez al día.	Peso e índice de masa corporal (IMC): de base y durante el tratamiento. De acuerdo a riesgo de diabetes y dislipidemia.	• Ganancia de peso • Constipación • Sedación y somnolencia • Aumento del apetito	Se ha visto relacionado más que otros antidepresivos con un aumento significativo del peso. El aumento de peso es mayor en mujeres que en hombres.

Anexo 3. Tipos de psicoterapia

TIPO DE TERAPIA	CARACTERÍSTICAS
Terapia cognitivo-conductual (TCC).	Terapia psicológica donde el paciente trabaja en colaboración con el terapeuta para identificar los tipos de pensamientos, creencias o 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, las creencias y las interpretaciones problemáticos relacionados 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 un 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. Fomenta el desarrollo de conductas más positivas, como la planeación de actividades, y la realización de actividades constructivas que usualmente evitarían hacer.
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 de las actividades placenteras y el entrenamiento de relajación. Los grupos son altamente estructurados, y, por lo general, consisten de seis a diez adultos y dos líderes de grupo.

Anexo 4. Estadios del episodio depresivo y fases del tratamiento

Figura 1. Curso del Episodio depresivo



Fuente: traducido y adaptado de Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. J Clin Psychiatry. 1991; 52(suppl 5): 28-34.

Estadios de la enfermedad

Respuesta: Disminución significativa de los síntomas y de los signos clínicos.

Remisión: Estado sin síntomas ni signos, o con mínima intensidad, sin recuperación funcional total.

Recuperación: Estado asintomático o con signos y síntomas mínimos, pero con recuperación funcional total.

Recaída: Los síntomas emergen nuevamente; empeoran antes de que se haya logrado la recuperación.

Recurrencia: Reactivación de los síntomas tras un período de recuperación.

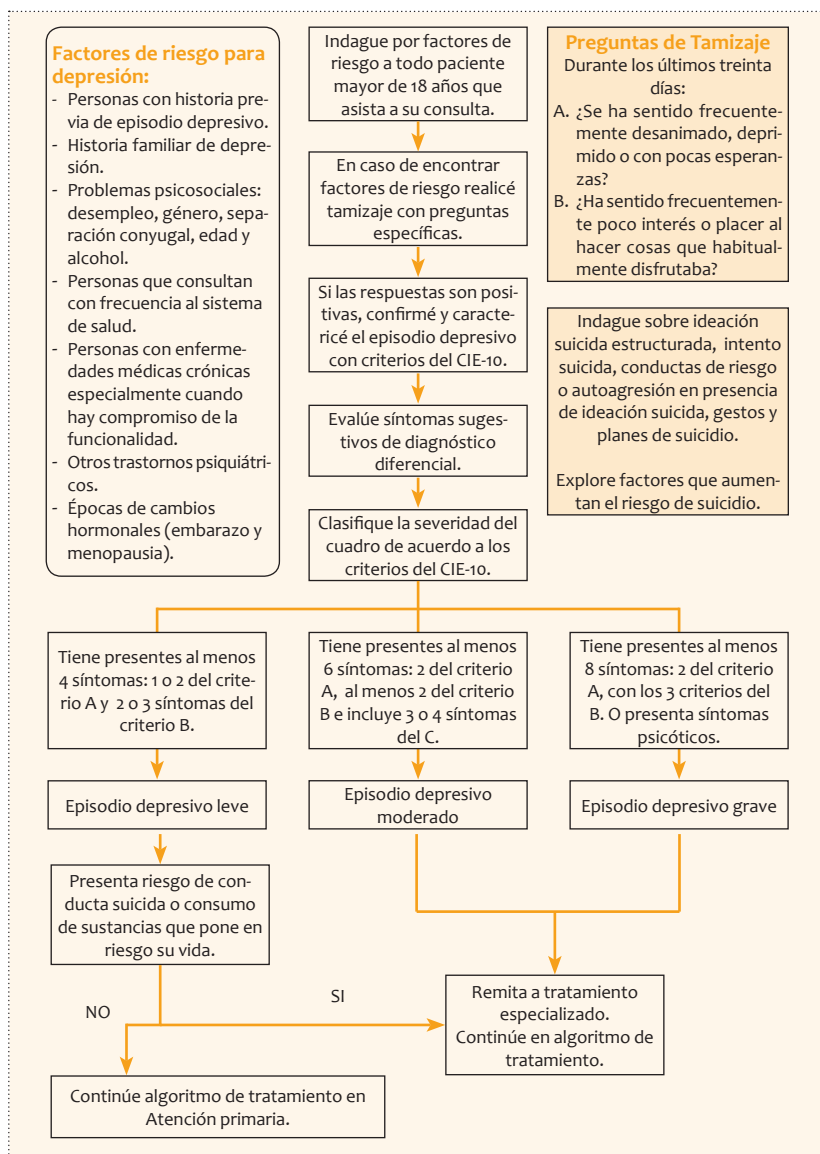
Fases del tratamiento

Aguda: Fase inicial. Los síntomas y los signos están activos. La meta del tratamiento es la respuesta. Su duración es de, aproximadamente, 3 meses.

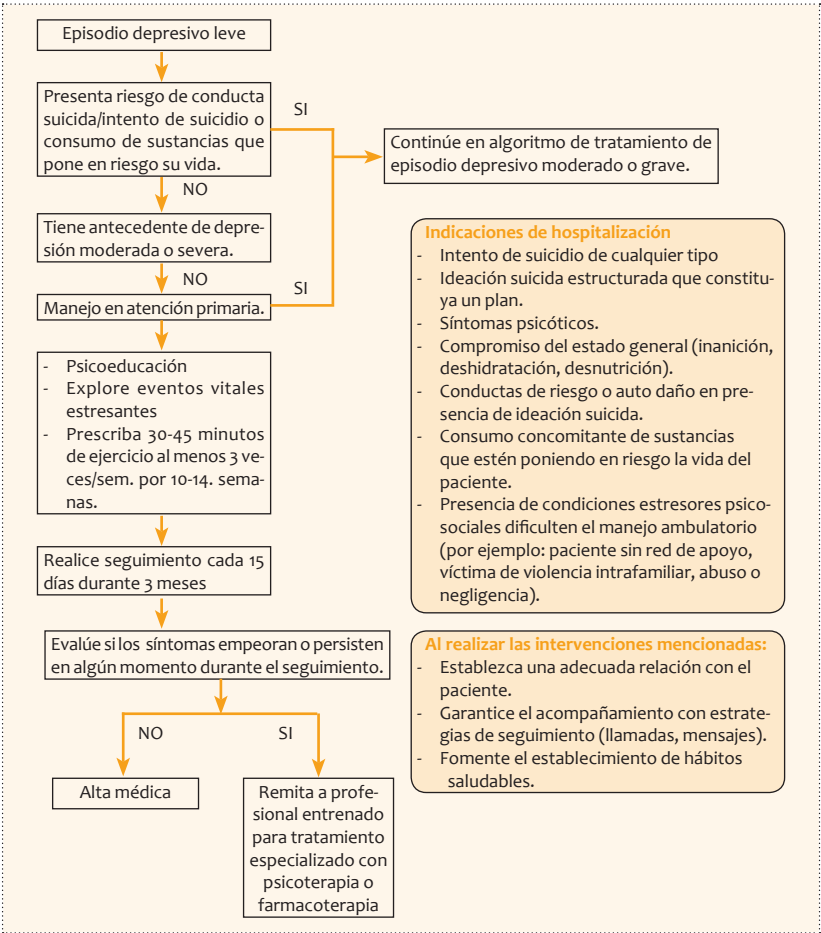
Continuación: Después de la remisión se busca lograr una mejoría funcional. En esta se continúa el tratamiento antidepresivo durante 6 meses más.

Mantenimiento: Una vez los síntomas han remitido por completo, y esto se da de manera sostenida, se continúa el tratamiento antidepresivo, el cual puede durar desde 2 años hasta toda la vida, de acuerdo con el paciente. Según este esquema, la continuación del tratamiento previene las recaídas, y el mantenimiento, las recurrencias.

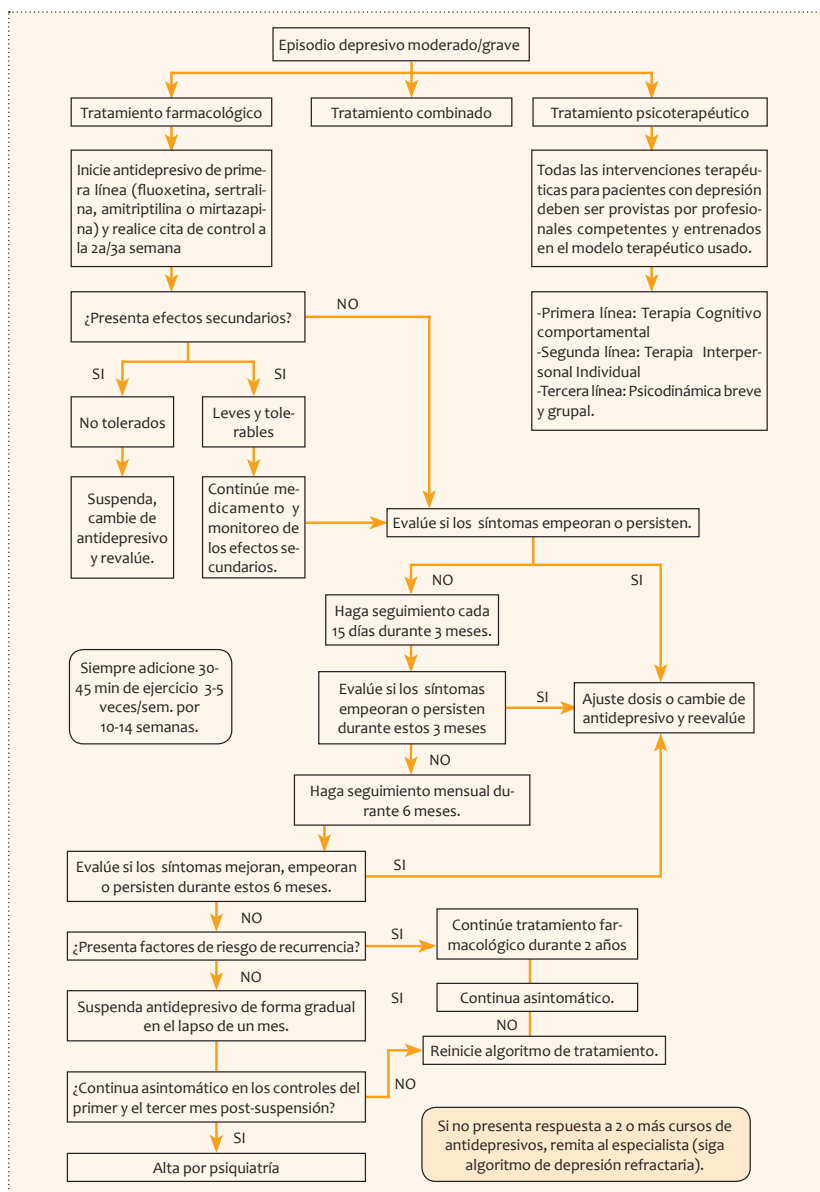
Anexo 5. Algoritmo de tamización y diagnóstico



Anexo 6. Algoritmo de manejo de episodio depresivo leve



Anexo 7. Algoritmo de manejo de episodio depresivo moderado/grave



Anexo 8. Algoritmos pacientes con depresión refractaria y psicótica

