

# Preguntas para responder

## **PERSPECTIVAS Y EXPERIENCIAS DE LOS PACIENTES CON DEPRESIÓN Y SUS FAMILIARES**

1. ¿Cuáles son las perspectivas de pacientes y familiares sobre la depresión y sus experiencias con la atención sanitaria recibida?

## **EVALUACIÓN Y CRIBADO DE LA DEPRESIÓN**

2. ¿Cómo se debe realizar la evaluación en la depresión?
3. ¿Cuáles son las escalas con mejores propiedades psicométricas para la evaluación de la depresión en el adulto?
4. ¿La realización de un cribado mejora los resultados en salud en la depresión?

## **MODELOS DE ATENCIÓN**

5. ¿Cuál es la eficacia de los modelos de atención escalonada y colaborativa?

## **TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO**

6. ¿Cuál es la eficacia de las diferentes intervenciones psicológicas en pacientes con depresión?

## **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO**

7. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de los fármacos antidepresivos en el tratamiento del episodio depresivo en el adulto?
8. ¿Cuánto tiempo y a qué dosis se debe mantener el tratamiento farmacológico tras la remisión del cuadro depresivo?

## **ESTRATEGIAS PSICOTERAPÉUTICAS EN LA DEPRESIÓN RESISTENTE**

9. ¿Cuál es el papel de la psicoterapia como potenciación o alternativa en pacientes con depresión resistente?

## **ESTRATEGIAS FARMACOLÓGICAS EN LA DEPRESIÓN RESISTENTE**

10. ¿Qué estrategias farmacológicas son más eficaces en pacientes con depresión resistente al tratamiento?

## **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA**

11. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la terapia electroconvulsiva como tratamiento de la depresión?

## **ESTIMULACIÓN DEL NERVIOS VAGO**

12. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la estimulación del nervio vago como tratamiento coadyuvante en la depresión resistente?

## **ESTIMULACIÓN MAGNÉTICA TRANSCRANEAL**

13. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la estimulación magnética transcranial como tratamiento coadyuvante en la depresión resistente?

## **EJERCICIO FÍSICO**

14. ¿Es efectivo el ejercicio físico en los pacientes con depresión?

## **HIERBA DE SAN JUAN**

15. ¿Cuál es la eficacia y seguridad de la hierba de San Juan en el tratamiento de la depresión del adulto?

## **INDICADORES DE CALIDAD**

16. ¿Cuáles son los indicadores que permiten monitorizar la calidad en el manejo clínico de la depresión?

## **IMPLEMENTACIÓN**

17. ¿Cuál es el desarrollo e impacto de los sistemas de apoyo a las decisiones y de gestión del conocimiento en el manejo de la depresión?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

# Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN

Niveles de evidencia	
1 <sup>++</sup>	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1 <sup>+</sup>	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1 <sup>-</sup>	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2 <sup>++</sup>	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 <sup>+</sup>	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2 <sup>-</sup>	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 metanálisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1 <sup>++</sup> , directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1 <sup>+</sup> , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados.
B	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 <sup>++</sup> , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1 <sup>++</sup> o 1 <sup>+</sup> .
C	Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2 <sup>+</sup> , directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 <sup>++</sup> .
D	Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2 <sup>+</sup> .

Los estudios clasificados como 2<sup>-</sup> y 2<sup>-</sup> no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Las recomendaciones adaptadas de una GPC se señalan con el superíndice <sup>“GPC”</sup>.

Q <sup>1</sup>	Evidencia extraída de estudios cualitativos relevantes y de calidad. Esta categoría no está contemplada por el SIGN.
----------------	--

Buena práctica clínica	
✓ <sup>2</sup>	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

Fuente: Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Forming guideline recommendations. En: SIGN 50: A guideline developers' handbook. Edinburgh: SIGN; 2008<sup>1</sup>.

La evaluación de la calidad de los estudios cualitativos se realizó siguiendo el checklist de CASPe (*Critical Appraisal Skills Programme*)<sup>2</sup> según la propuesta de Goldsmith et al. (2007)<sup>3</sup>.

2. En ocasiones el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia científica que lo soporte. En general estos casos están relacionados con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que no se cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia científica sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y está pendiente su actualización.

# Recomendaciones de la GPC

## Evaluación de la depresión

✓	La entrevista clínica es el procedimiento esencial para el diagnóstico de la depresión. La CIE y el DSM ofrecen un conjunto de criterios consensuados sobre los que apoyarse.
C	Debido a la existencia de diferentes factores que pueden afectar al desarrollo, curso y gravedad de la depresión, se recomienda evaluar las siguientes áreas: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Características del episodio: duración, número e intensidad de los síntomas, comorbilidad.</li> <li>– Evaluación psicosocial (apoyo social y relaciones interpersonales).</li> <li>– Grado de disfunción y/o discapacidad asociados.</li> <li>– Riesgo de suicidio.</li> <li>– Respuesta previa al tratamiento.</li> </ul>
C	Se recomienda evaluar el riesgo de suicidio en los pacientes con depresión mediante la valoración de los siguientes factores: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Presencia de intentos de suicidio previos, otros trastornos mentales comórbidos y abuso de sustancias.</li> <li>– Síntomas específicos como desesperanza, ansiedad, agitación e ideación suicida.</li> <li>– Otros factores de riesgo como enfermedad física, cronicidad, dolor o discapacidad, historia familiar de suicidio, factores sociales y antecedentes de suicidio en el entorno.</li> </ul>
Q	En la evaluación de la depresión se recomienda tener en cuenta la heterogeneidad de su presentación, así como la percepción que el paciente tiene sobre sus síntomas y el trastorno.
Q	Se recomienda prestar especial atención a los aspectos que más afectan en el día a día de los pacientes con depresión y generan mayor impacto funcional.
Q	En la evaluación se deben tener en cuenta los aspectos sociodemográficos y culturales que puedan afectar al desarrollo o mantenimiento de los síntomas depresivos e influir en el tratamiento, como el sexo, la familia, la red social o el estigma percibido.
Q	Se debe explorar el significado y el impacto de la depresión en la familia del paciente y las posibles necesidades que puedan surgir, prestando especial atención a los niños, adolescentes y familiares dependientes a cargo del paciente con depresión.

<b>Q</b>	Se recomienda favorecer la comunicación de los sentimientos y emociones en un ambiente empático y basado en el respeto.
<b>Q</b>	Cuando se realiza un diagnóstico de depresión se aportará toda la información necesaria sobre el trastorno y las opciones de tratamiento y se promoverán explicaciones que reduzcan el sentimiento de culpa y el estigma.

### Instrumentos de evaluación

<b>✓</b>	Las escalas aportan una información complementaria en la evaluación, pero no pueden sustituir a la entrevista clínica.
<b>D</b>	Algunas de las escalas que podrían resultar útiles en la evaluación de depresión son la <i>Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)</i> , la <i>Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</i> , el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y el Inventario de depresión de Beck (BDI).

### Cribado

<b>B</b>	En población general no se recomienda el cribado rutinario de depresión, ya que existen dudas razonables sobre su efectividad.
<b>B</b>	Se recomienda que los clínicos estén alerta ante la posibilidad de depresión, especialmente en pacientes con factores de riesgo, y que además presenten síntomas como insomnio, bajo estado de ánimo, anhedonia e ideación suicida.
<b>B</b>	Cuando en una exploración rutinaria en atención primaria se observe algún indicador de depresión, se recomienda emplear dos preguntas referentes al estado de ánimo y a la capacidad de disfrute para evaluar la posible presencia de patología depresiva. En caso de respuesta afirmativa, se recomienda realizar una adecuada evaluación psicopatológica.

### Modelos de atención

<b>B</b>	Se recomienda que el manejo de la depresión en el adulto se realice siguiendo un modelo de atención escalonada y de colaboración entre atención primaria y salud mental, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente.
----------	--

### Recomendaciones generales de manejo

<b>✓</b>	El tratamiento de la depresión en el adulto debería ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional.
----------	---

✓	El manejo de la depresión debería incluir psicoeducación, apoyo individual familiar, coordinación con otros profesionales, atención a las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico.
✓	La selección inicial de la modalidad y el ámbito de tratamiento se debería realizar en función de los hallazgos clínicos y de otros factores, como la historia previa, la disponibilidad de los tratamientos, la preferencia de los pacientes y la capacidad de apoyo y contención del entorno.
<b>D<sup>GPC</sup></b>	Se recomienda establecer un plan de seguimiento estructurado del paciente. La frecuencia de la evaluación y monitorización de síntomas debería realizarse en función de la gravedad del cuadro, comorbilidad asociada, cooperación con el tratamiento, apoyo social y frecuencia y gravedad de los efectos secundarios del tratamiento prescrito.
<b>Q</b>	Se recomienda que el paciente y, contando con su consentimiento, también sus familiares y allegados, tengan un papel activo en la toma de decisiones sobre el tratamiento y el desarrollo del plan de cuidados.
<b>Q</b>	Se recomienda ofrecer apoyo al paciente y a su familia para el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Se informará sobre la existencia de asociaciones para pacientes que puedan ser de ayuda y los recursos con los que pueda contar.
<b>D<sup>GPC</sup></b>	Se recomienda apoyar la información verbal con documentos escritos cuando sea posible.

### Tratamiento psicoterapéutico

✓	Se debería garantizar la disponibilidad de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que lo necesiten.
<b>B</b>	En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas.
<b>B</b>	El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada-grave es la terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses.
<b>B</b>	Deben considerarse la terapia cognitivo-conductual para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales.
<b>C</b>	Se recomienda considerar otras intervenciones psicológicas en el abordaje de la comorbilidad o de la complejidad de las relaciones familiares o de pareja, frecuentemente asociadas a la depresión.
<b>B</b>	Para los pacientes con depresión crónica y/o recurrente se recomienda el tratamiento combinado de fármacos y terapia cognitivo-conductual.

## Tratamiento farmacológico

✓	Antes de iniciar el tratamiento antidepresivo, se deberá informar adecuadamente al paciente de los beneficios que se esperan alcanzar, los efectos secundarios y el posible retraso del efecto terapéutico.
A	La selección inicial del tratamiento farmacológico deberá basarse principalmente en el perfil de efectos secundarios y su tolerabilidad, la seguridad y las propiedades farmacológicas, así como en otros factores como la respuesta previa al tratamiento, los costes y las preferencias de los pacientes.
A	Los ISRS son los antidepresivos con mayor evidencia y con mejor balance riesgo/beneficio, por lo que deberán considerarse la primera elección de tratamiento.
✓	Es aconsejable que todos los pacientes con depresión moderada tratados con fármacos sean valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento, y antes de 8 días en el caso de depresión grave.
D <sup>GPC</sup>	Se puede considerar el tratamiento con benzodiazepinas en casos de presencia de ansiedad, insomnio y/o agitación, aunque su uso no debería prolongarse más de 2-3 semanas con el fin de prevenir el desarrollo de dependencia.
✓	El seguimiento de los pacientes con tratamiento farmacológico ha de ser estrecho, al menos las 4 primeras semanas.
D	Se recomienda que el tratamiento antidepresivo se mantenga al menos 6 meses tras la remisión del episodio y valorar aspectos como la existencia de episodios previos, comorbilidad y presencia de otros factores de riesgo antes de decidir su retirada.
A	Se recomienda que el tratamiento de mantenimiento se realice con la misma dosis con la que se alcanzó la respuesta.
D <sup>GPC</sup>	Para evitar el síndrome de discontinuación, se recomienda que el cese del tratamiento antidepresivo se realice reduciendo la dosis de forma gradual, normalmente en un periodo de 4 semanas, particularmente con fármacos de vida media corta como la paroxetina o venlafaxina.
D <sup>GPC</sup>	Ante un síndrome de discontinuación, se recomienda llevar a cabo una confirmación diagnóstica y en el caso de síntomas importantes, considerar reintroducir el antidepresivo original en su dosis efectiva (u otro antidepresivo de la misma clase con una vida media larga) y reducir la dosis gradualmente.
Q	Cuando se prescriba tratamiento farmacológico se explorará la percepción del paciente y se favorecerá una actitud positiva del mismo. Además, se realizará una adecuada monitorización de los efectos secundarios y de la evolución tanto de los síntomas como de la capacidad funcional. Asimismo, tras haber obtenido la autorización del paciente, se aclararán las dudas de los familiares para poder contar con su apoyo al tratamiento.



## Tratamiento psicoterapéutico en depresión resistente

<b>B</b>	En pacientes con depresión resistente al tratamiento farmacológico se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.
----------	---

## Estrategias farmacológicas en depresión resistente

<b>✓</b>	Ante un paciente que no mejora con el tratamiento antidepresivo inicial para la depresión, se recomienda: <ul style="list-style-type: none"><li>– Revisión del diagnóstico.</li><li>– Verificar el cumplimiento de la toma del tratamiento en dosis y tiempo adecuados.</li><li>– Valorar la existencia de conciencia de enfermedad, motivación al cambio y existencia de posible comorbilidad.</li></ul>
<b>✓</b>	En pacientes con respuesta parcial tras la tercera o cuarta semana se recomienda: <ul style="list-style-type: none"><li>– Esperar la evolución clínica hasta la octava semana.</li><li>– Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.</li></ul>
<b>B</b>	Si a la tercera o cuarta semana de tratamiento el paciente no presenta respuesta, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias: <ul style="list-style-type: none"><li>– Cambio de antidepresivo a otro de la misma o distinta familia.</li><li>– Combinación de antidepresivos.</li><li>– Potenciación con litio o antipsicóticos.</li></ul>
<b>C</b>	Cuando la estrategia a seguir sea el cambio de antidepresivo se sugiere valorar inicialmente un ISRS diferente u otro antidepresivo de segunda generación. En caso de no conseguir respuesta se podría valorar un antidepresivo con mayores efectos secundarios, como los tricíclicos o los IMAO.
<b>C</b>	La combinación de ISRS y mirtazapina o mianserina podría ser una opción recomendable, teniendo en cuenta la posibilidad de efectos adversos.
<b>C</b>	La potenciación con litio o con antipsicóticos, como la olanzapina, quetiapina, aripiprazol o risperidona, puede ser también una estrategia a considerar aunque teniendo en cuenta la posibilidad del incremento de los efectos adversos.
<b>D<sup>GPC</sup></b>	Cuando se utilice la potenciación o la combinación de fármacos: <ul style="list-style-type: none"><li>– Ser conscientes de que, habitualmente, estas estrategias incrementan los efectos adversos.</li><li>– Seleccionar aquellos fármacos de los que exista información sobre su seguridad en uso combinado.</li><li>– Documentar el fundamento de la elección de la estrategia.</li><li>– Monitorizar cuidadosamente los efectos adversos.</li></ul>

✓	No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con buspirona, carbamazepina, lamotrigina, valproato, ni con pindolol, hormonas tiroideas, zinc o benzodiazepinas.
---	---

### Terapia electroconvulsiva

A	La terapia electroconvulsiva debería considerarse una alternativa terapéutica en pacientes con depresión grave, fundamentalmente si existe necesidad de una rápida respuesta debido a alta intencionalidad suicida, deterioro físico grave o cuando han fallado otros tratamientos.
✓	Se recomienda que la terapia electroconvulsiva sea administrada siempre por profesionales experimentados, tras una evaluación física y psiquiátrica y en un entorno hospitalario, siendo indispensable el consentimiento informado.
Q	La decisión de utilizar terapia electroconvulsiva debería tomarse de forma conjunta con el paciente y/o la familia, teniendo en cuenta factores como el diagnóstico, tipo y gravedad de los síntomas, historia clínica, balance riesgo/beneficio, opciones alternativas y preferencias del paciente.
Q	En caso de ser necesaria la TEC, se recomienda hacer un especial énfasis en ofrecer toda la información necesaria, centrándose en la finalidad del procedimiento, los efectos secundarios y el plan de tratamiento.

### Estimulación del nervio vago

✓	Se desaconseja el uso de la estimulación del nervio vago fuera del ámbito de la investigación, debido a la naturaleza invasiva del procedimiento, la incertidumbre sobre su eficacia y a sus efectos adversos.
---	--

### Estimulación magnética transcraneal

B	En el momento actual no se recomienda la estimulación magnética transcraneal como tratamiento de la depresión debido a la incertidumbre sobre su eficacia clínica.
---	--

### Ejercicio físico

B	Es aconsejable que a los pacientes con depresión se les recomiende la realización de ejercicio físico como un hábito de vida saludable. Es imprescindible que el paciente esté motivado y la realización de ejercicio sea aceptada por el paciente, acorde a su condición física y ajustada a sus preferencias individuales.
B	En depresión moderada y grave la actividad física debe considerarse un complemento del tratamiento con antidepresivos y/o psicoterapia.

## Hierba de San Juan

<b>B</b>	<p>A pesar de que existen pruebas de la efectividad de la HSJ en el tratamiento de la depresión leve o moderada, no se recomienda su utilización debido:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Al desconocimiento del principio o principios activos, sus mecanismos de acción y la persistencia del efecto antidepresivo.</li><li>– A la falta de estandarización de la dosis.</li><li>– A la variabilidad de las diferentes preparaciones comerciales que pueden tener diferentes cantidades y proporciones de sus componentes y no ser terapéuticamente equivalentes.</li></ul>
✓	<p>Los profesionales sanitarios deben informar a los pacientes que consuman HSJ sobre sus potenciales graves interacciones con algunos fármacos, incluso con algunos de uso común como los anticonceptivos orales.</p>

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y esta requiere su actualización.