



GUÍAS CLÍNICAS SEMERGEN

Depresión

Vicente Gasull Molinera

Miembro Grupo Salud Mental SEMERGEN



Prevalencia de la DM en Europa

Guías Clínicas Semergen

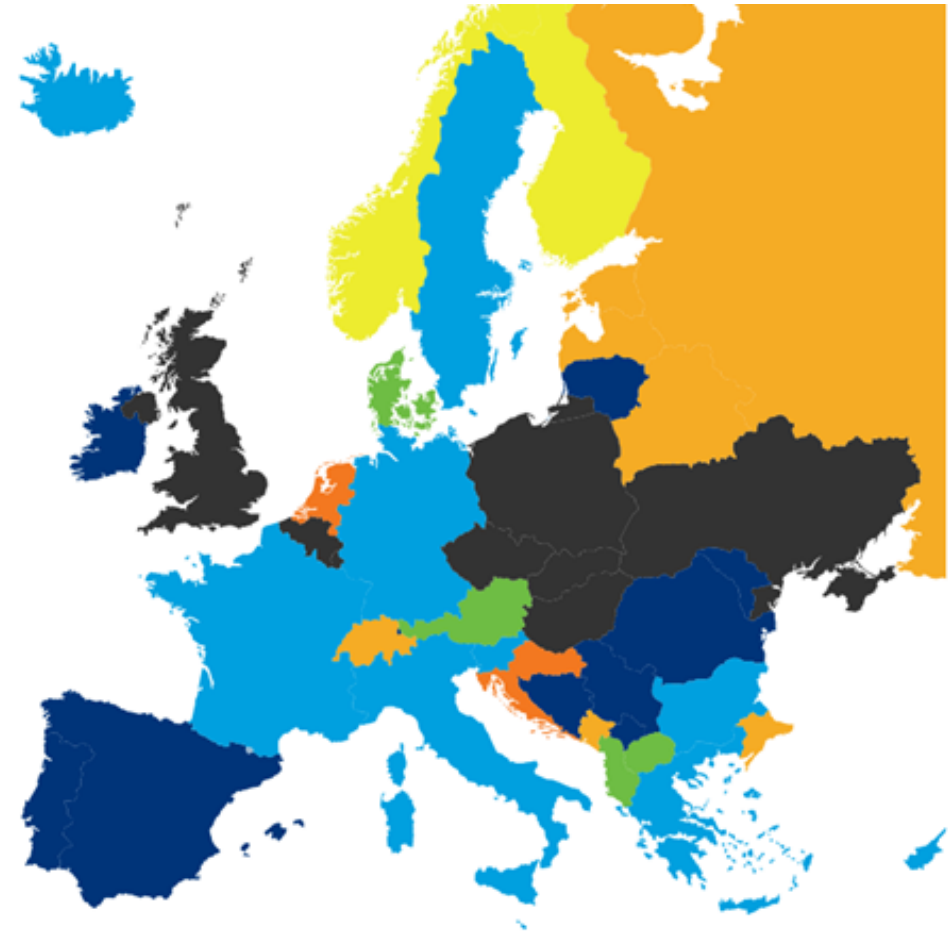
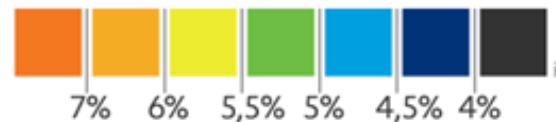
Guías Clínicas

Depresión

Coordinador:
Vicente Gasull Molinera

Autores:
José Ángel Alcalá Partera
Antonio Alonso Verdugo
Guadalupe del Pilar Anlla Herrera
Begoña Vanessa Díez Saavedra
Ángel González Pérez
Adrián Herrera Lambert
Manuel José Mejías Estévez
Verónica Olmo Dorado
Paula Sofía Pérez Martín

Prevalencia de la depresión mayor (DM) en Europa: se estima que 40,3 millones de personas en el continente tienen DM.





Guías
Clínicas
Semergen

Guías Clínicas

Depresión

Coordinador:

Vicente Gasull Molinera

Autores:

José Ángel Alcalá Partera
Antonio Alonso Verdugo
Guadalupe del Pilar Arilla Herrera
Begoña Vanessa Déniz Saavedra
Ángel González Pérez
Adrián Herrería Lambert
Manuel José Mejías Estévez
Verónica Olmo Dorado
Paula Sofía Pérez Martín



1. ¿Qué es la depresión?	3
2. ¿Qué tan común es la depresión?.....	4
3. ¿Cómo afecta la depresión a la vida social y familiar?	5
4. ¿Cómo se diagnostica la depresión?	5
5. ¿Cuál es la importancia de realizar un diagnóstico precoz? Importancia de la Atención Primaria	7
6. ¿Qué nos debe hacer sospechar la presencia de una depresión?	8
7. ¿Cuáles son los síntomas de la depresión?	9
8. ¿Cuál es el curso evolutivo de la depresión?.....	11
9. ¿Cómo se evalúa el riesgo de suicidio?.....	11
10. ¿Cuáles son los criterios de derivación/atención compartida con Salud Mental?	13

Guías Clínicas Semergen

Guías Clínicas

Depresión

Coordinador:
Vicente Gasull Molinera

Autores:
José Ángel Alcalá Partera
Antonio Alonso Verdugo
Guadalupe del Pilar Arilla Herrera
Begoña Vanessa Déniz Saavedra
Ángel González Pérez
Adrián Herrería Lambert
Manuel José Mejías Estévez
Verónica Olmo Dorado
Paula Sofía Pérez Martín

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

- Enfermedad del cerebro considerada como un trastorno del humor y la afectividad
 - afecta a otras funciones cerebrales, como la cognición
 - frecuentes manifestaciones somáticas.
- De etiología multifactorial.
- Puede ocurrir en cualquier edad, pero es más común en la adolescencia o entre los 30 y los 50 años¹.
- Más prevalente en la mujer.
- Enfermedad **crónica** en la que son frecuentes las **recaídas y recurrencias**.
- En el trastorno depresivo son frecuentes las **comorbilidades**.

1. Coryell, W. Trastornos del estado de ánimo. (2020). En: Porter, R. S. Manual Merck. 20ª ed. Buenos Aires: Editorial médica panamericana, 1757-1761. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/trastornos-psiqui%C3%99> [consulta: 20 dic 2022].

¿Cuáles son los síntomas del TDM?

GRUPO AFECTIVO

- Estado de ánimo depresivo. En niños y adolescentes puede manifestarse como irritabilidad.
- Marcada disminución del interés o placer por actividades. Pueden incluir una reducción en el deseo sexual.

GRUPO COGNITIVO- CONDUCTUAL

- Reducción en la capacidad para concentrarse, mantener la atención o una marcada indecisión.
- Creencias de baja autoestima o culpa excesiva o inapropiada.
- Desesperanza acerca del futuro.
- Pensamientos recurrentes de muerte.

GRUPO NEUROVEGETATIVO

- Alteración significativa del sueño.
- Cambios significativos en el apetito o en el peso.
- Signos de agitación o retardo psicomotor.
- Reducción de la energía, fatiga, o marcado cansancio tras el desgaste producido por un mínimo esfuerzo.

Adaptado de Red Global de Práctica Clínica – GPC Network. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.globalclinicalpractice.net/es/>

- La depresión tiene una presentación psicológica en un 45 % de los casos, somatizada en un 36 % y como trastornos orgánicos comórbidos con depresión en un 19 %¹.



¿Cómo se diagnostica la depresión?

- El diagnóstico de la depresión es esencialmente clínico: entrevista clínica/anamnesis obtenida del paciente y de los familiares y posibles amigos/acompañantes^{1,2}.
- Se han de cumplir los criterios diagnósticos CIE-11¹ o DSM-5².
- Se aconseja la utilización de escalas diagnósticas/test psicométricos.
- Exploración física y exámenes complementarios para descartar posibles patologías orgánicas.
- Tener en cuenta la posible influencia de sustancias tóxicas u otros tratamientos farmacológicos.
- Es importante indagar sobre los posibles recursos de apoyo social y familiar.

1. CIE-11. Organización Mundial de la Salud. [consulta: 20 dic 2022]. Disponible en: CIE-11 (who.int)

2. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos depresivos. En: *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*™. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 103-128



Criterios de sospecha de la existencia de un episodio depresivo.

- Episodios previos de depresión
- Ansiedad o abuso de sustancias
- Presencia de enfermedades crónicas, sobre todo si cursan con dolor e incapacidad
- Pacientes con múltiples síntomas somáticos inespecíficos (mareos, síntomas digestivos, disnea, etc.), en múltiples localizaciones, sin poder demostrar una causa orgánica que los justifique, así como la mala evolución de una enfermedad somática
- Individuos en situaciones de transición psicosocial (p. ej., jubilación)
- Pacientes hiperfrecuentadores
- Trastornos del sueño o de fatiga crónica
- Dificultad para la expresión verbal de las emociones
- Alteraciones cognitivas: problemas de memoria, dificultades de concentración
- Problemas de pareja
- Problemas en la relación médico-paciente



Criterios de sospecha de la existencia de un episodio depresivo.

- Se debe prestar especial atención a los grupos vulnerables o de alto riesgo como son los adolescentes y ancianos, mujeres en el embarazo y posparto, niveles socioeconómicos bajos, pacientes con enfermedades crónicas, así como pacientes con antecedentes personales y familiares de depresión¹.
- La depresión puede estar vinculada al abuso de drogas, alcohol, tabaco^{1,2}.
- Existe una estrecha relación entre depresión y conducta suicida¹. Es obligado valorar el riesgo suicida en todo paciente afecto de un episodio depresivo.

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06

2. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Trastornos depresivos. En: *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5™*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría;103-128

FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN



- Antecedentes de episodios depresivos previos
- Otras enfermedades mentales
- Síntomas físicos múltiples sin una base orgánica que los justifique
- Presencia de enfermedades crónicas, sobre todo si cursan con dolor o discapacidad
- Personas con personalidad rígida, neurótica, ansiosa
- Ancianos
- Sexo femenino

- ¿En las dos últimas semanas se ha sentido triste, infeliz, deprimido?
- ¿En las dos últimas semanas siente que ha perdido el interés, la ilusión, el placer por las cosas con las que antes disfrutaba?



¿CUÁL ES LA IMPORTANCIA DE REALIZAR UN DIAGNÓSTICO PRECOZ? PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA



- El diagnóstico precoz es clave para poder realizar un tratamiento precoz.
- El tratamiento precoz permite:
 - mejorar la respuesta terapéutica y aumentar la probabilidad de lograr la remisión del episodio depresivo;
 - reducir la posibilidad de recaídas y recurrencias y, con ello, dificultar la cronificación del proceso y reducir la morbimortalidad asociada;
 - disminuir la discapacidad y mejorar la calidad de vida del paciente¹.
- El médico de atención primaria es clave para realizar un diagnóstico temprano del episodio depresivo y proporcionar una atención integral (**biopsicosocial**) e integrada de salud (a lo largo de su vida).

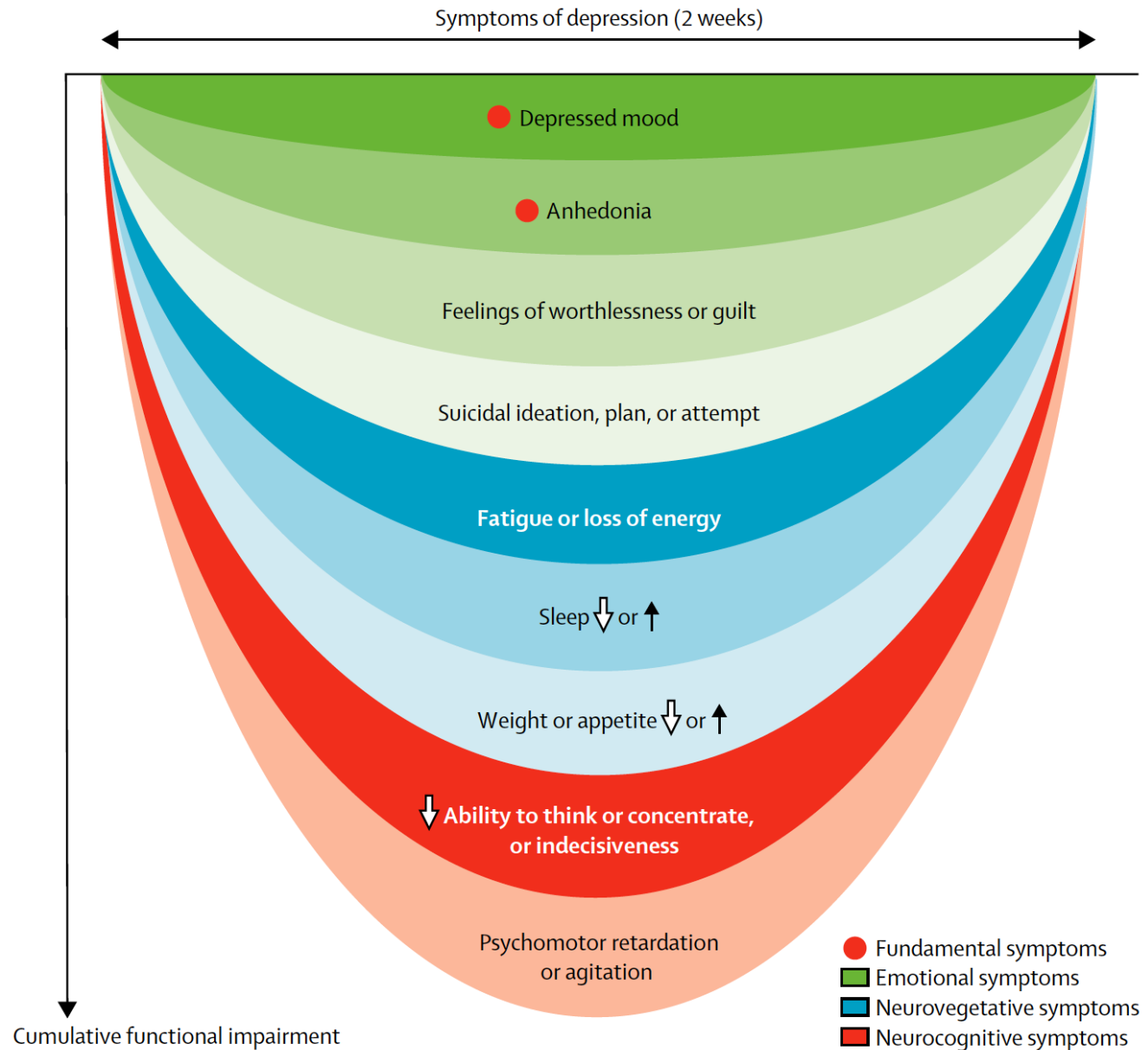


EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SE CARACTERIZA POR:

Depression

Gin S Malhi, J John Mann

Lancet 2018; 392: 2299-312





EL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SE CARACTERIZA POR¹:

- Presencia de **cinco o más síntomas**, entre los cuales figura el **estado de ánimo triste o anhedonia**.
- Los síntomas deben estar presentes durante un período mínimo de **dos semanas**.
- Los síntomas deben estar presentes **la mayor parte del día y casi todos los días**.
- Han de representar un **cambio** respecto a la situación previa a la aparición del episodio depresivo.
- Deben ocasionar un **malestar clínico evidente**, con un deterioro en todos los ámbitos de la vida (familiar, laboral, social).

1. CIE-11. Organización Mundial de la Salud. [consulta: 20 dic 2022]. Disponible en: CIE-11 (who.int)

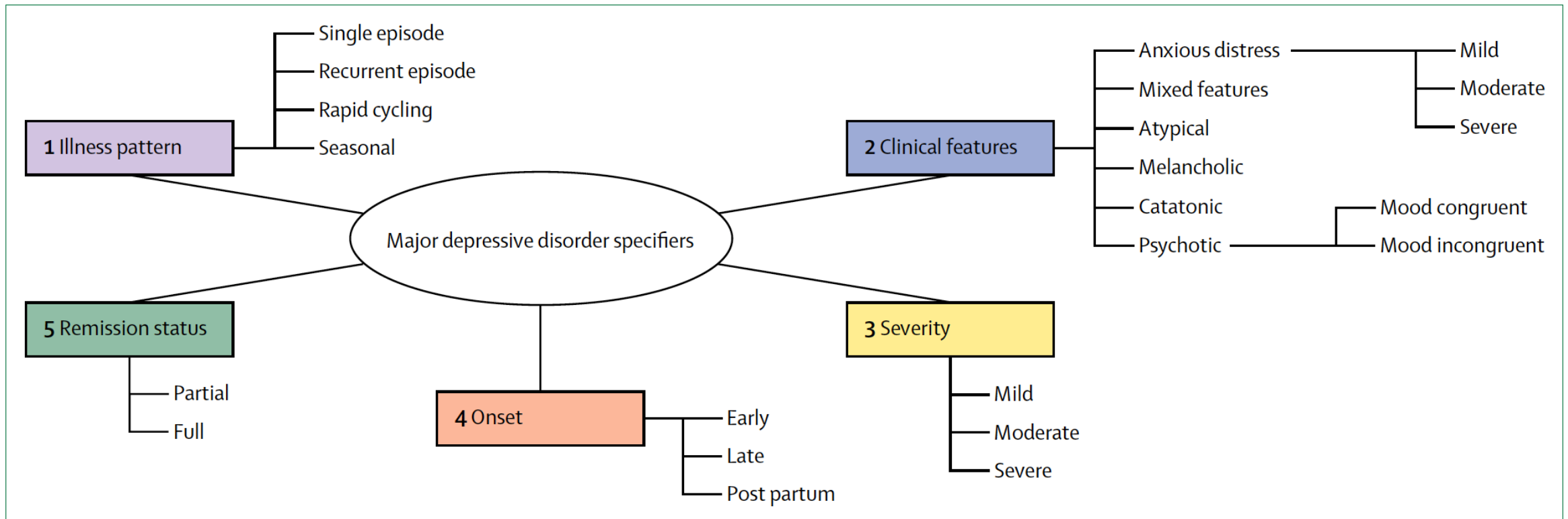


TDM: especificadores

Depression

Gin S Malhi, J John Mann

Lancet 2018; 392: 2299–312



La depresión: un trastorno crónico ...



Falta de respuesta

Se estima que aproximadamente el 30% de los pacientes con DM son resistentes al tratamiento antidepresivo¹.



Bajas tasas de remisión

Solo el 37% de los pacientes logran la remisión tras su primer tratamiento antidepresivo³.



Recuperación inadecuada

Hasta 2/3 de los pacientes no se recuperan completamente durante el tratamiento antidepresivo².

1. González-Pinto A. Esketamina intranasal para la depresión resistente. Un nuevo escenario. Psiq Biol. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2020.01.002>.

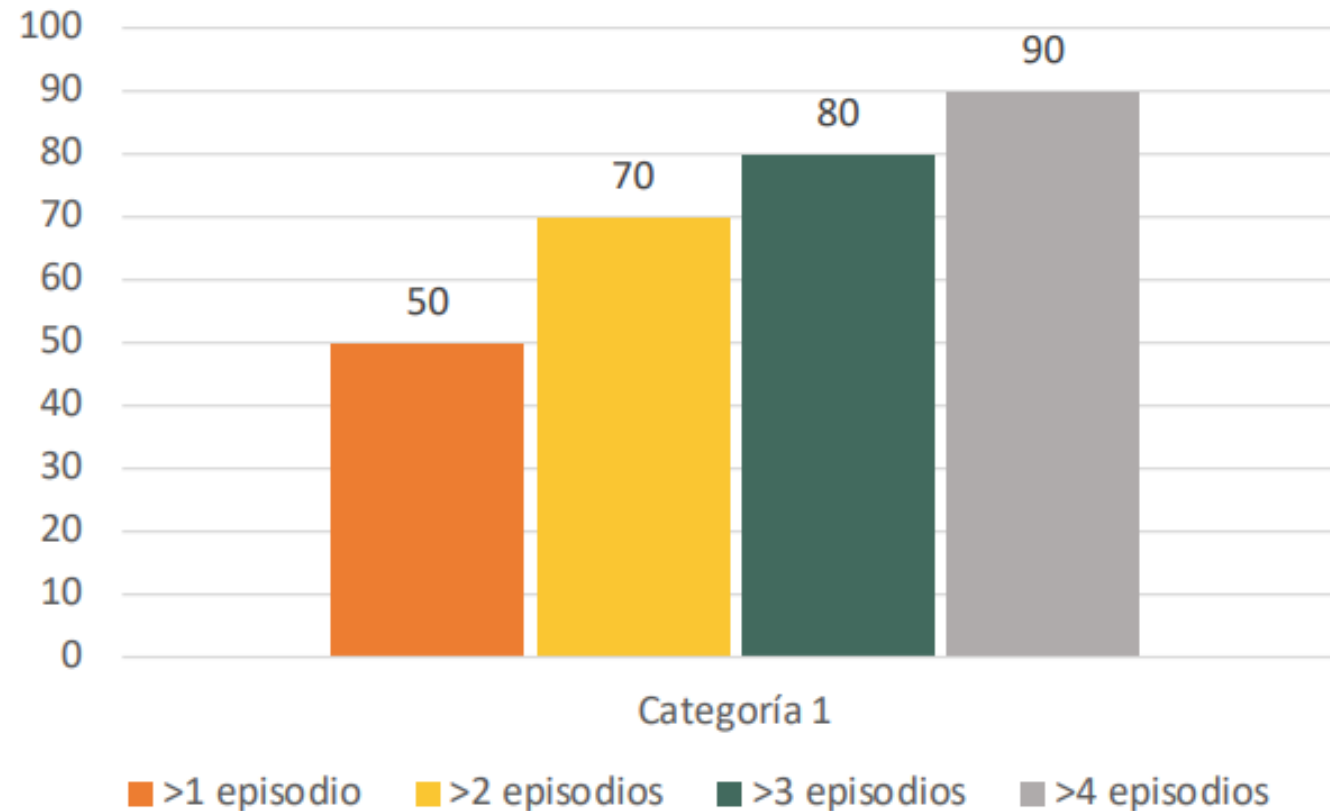
Último acceso: abril 2020.

2. Al-Harbi K et al. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. Patient Prefer Adherence 2012; 6: 369-388.

3. Rush AJ et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. Am J Psychiatry 2006; 163(11): 1905–1917.

La depresión: un trastorno crónico con frecuentes recaídas y recurrencias

Porcentaje de recurrencia con cada nuevo episodio depresivo



La depresión: un trastorno crónico ...



Falta de respuesta Bajas tasas de remisión Recuperación inadecuada

Los pacientes gravemente deprimidos tienen un alto riesgo de suicidio, lo que hace que la mejora tardía de los síntomas sea un problema no resuelto que amenace la vida⁴.

1. González-Pinto A. Esketamina intranasal para la depresión resistente. Un nuevo escenario. Psiq Biol. 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psiq.2020.01.002>. Último acceso: abril 2020.
2. Al-Harbi K et al. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions. Patient Prefer Adherence 2012; 6: 369-388.
3. Rush AJ et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. Am J Psychiatry 2006; 163(11): 1905–1917.
4. Oluboka O et al. Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Providing Early Optimal Treatment for the Individual Patient. Int J Neuropsychopharmacol 2017; 21(2): 128-144.



Riesgo de suicidio



- El riesgo de suicidio es 4 veces mayor respecto a la población general y 20 veces mayor en el caso de la depresión grave¹.
- Por cada persona que muere de suicidio en España, 10 personas lo intentan y de cada persona que lo intenta, 14 lo piensan².
- **Factores de riesgo de suicidio:**
 - **Haber realizado intentos previos**
 - Sexo masculino
 - Abuso de tóxicos (alcohol u otras drogas)
 - Enfermedad mental grave
 - Ideas de desesperanza
 - Colectivos vulnerables (LGTB, violencia de género, reclusos, migrantes , bajo recursos económicos)
 - Soledad o escaso apoyo social
 - Niveles altos de impulsividad y agresividad
 - Jóvenes y edad avanzada
 - Enfermedades crónicas, dolor crónico y discapacidad
 - Antecedente familiar de trastorno mental y/o suicidio

1. Anderson, I. M., Nutt, D. J. y Deakin, J. F. (2000). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 14, 3-20

2. Navío Acosta, M., Pérez Sola, V. (2020). Magnitud del problema. En: *Depresión y suicidio 2020*. Documento estratégico para la promoción de la salud mental. Wecare-u Healthcare communication group. Madrid; 23-25

CUESTIONARIO MINI (ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL)



Durante este último mes: Puntos

¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? NO / SÍ	1
¿Ha querido hacerse daño? NO / SÍ	2
¿Ha pensado en el suicidio? NO / SÍ	6
¿Ha planeado cómo suicidarse? NO / SÍ	10
¿Ha intentado suicidarse? NO / SÍ	10

A lo largo de su vida:

¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO / SÍ	4
--	----------

Suma de puntuaciones para valorar RIESGO DE SUICIDIO

LEVE **1-5**

MODERADO **6-9**

ALTO **>=10**

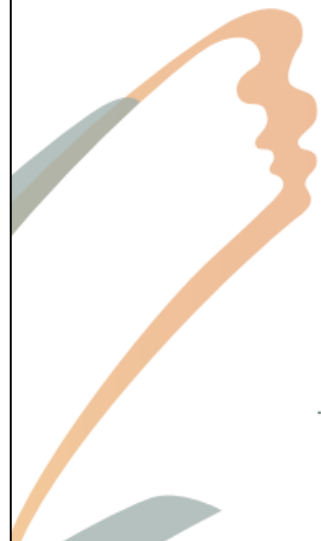
- Una vez establecido el nivel de riesgo, adoptaremos la respuesta y medidas oportunas:
 - **Riesgo leve 1-5:** seguimiento por AP y/o Unidad de Salud Mental.
 - **Riesgo moderado 6-9:** cita preferente en Unidad de Salud Mental (<10 días).
 - **Riesgo alto >10:** derivación urgente a centro hospitalario.



CRITERIOS DE DERIVACIÓN/ATENCIÓN COMPARTIDA CON SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Derivación urgente en los siguientes casos:

- En caso de intento de suicidio o ideación suicida grave.
- Paciente que supone grave riesgo para él o para otras personas.
- Presencia de agitación severa acompañada de síntomas graves.
- Presencia de síntomas psicóticos (alucinaciones, ideas delirantes).
- Abandono personal grave (p. ej., negarse a comer).



Guías Clínicas

Depresión

Coordinador:
Vicente Gasull Molinera

Autores:
José Ángel Alcalá Partera
Antonio Alonso Verdugo
Guadalupe del Pilar Arilla Herrera
Begoña Vanessa Déniz Saavedra
Ángel González Pérez
Adrián Herrería Lambert
Manuel José Mejías Estévez
Verónica Olmo Dorado
Paula Sofía Pérez Martín

TRATAMIENTO

11. Objetivos del tratamiento antidepresivo.....	15
12. Fases en el tratamiento de la depresión y duración del tratamiento.....	16
13. ¿Cuáles son las posibles herramientas terapéuticas?	19
14. ¿Cómo decidir qué tratamiento es el adecuado?	21
15. ¿Qué importancia tienen los síntomas residuales?	23
16. ¿Cómo se puede utilizar la tecnología para tratar la depresión?	24

Objetivos del tratamiento



- El objetivo del tratamiento de la depresión es alcanzar la remisión de los síntomas y la recuperación funcional del paciente, evitar las recaídas y recurrencias —y con ello la cronificación del proceso—, así como evitar el suicidio.
- Con ello se logra:
 - mejorar el pronóstico
 - restablecer el funcionamiento laboral y psicosocial
 - mejorar la calidad de vida del paciente
 - reducir el sufrimiento familiar
 - disminuir la morbimortalidad
 - evitar el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias.



¿QUÉ IMPORTANCIA TIENEN LOS SÍNTOMAS RESIDUALES?

- Los síntomas residuales son aquellos síntomas que perduran a pesar de existir una respuesta clínica significativa con un tratamiento adecuado.
- Son muy frecuentes y llegan a presentarse en más del 80 % de los pacientes en fase de remisión¹⁻³.
- Constituyen un factor de riesgo para que se produzcan recaídas y recurrencias. Las tasas de recaída son entre 3 y 6 veces más altas en los pacientes que no logran la remisión completa⁴.
- Los síntomas residuales más habituales son los síntomas cognitivos, las alteraciones del sueño y la falta de energía.
- Los síntomas residuales, en algunos casos, son transitorios, pero en otros pueden prolongarse en el tiempo y persistir hasta pasado el año, pese a un correcto tratamiento⁵.

1. Nierenberg, A. A. et al. (2010). Residual symptoms after remission of major depressive disorder with citalopram and risk of relapse: a STAR*D report. *Psychol Med.*;Jan 22;40(1):41-50. Disponible en: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0033291709006011/type/journal_article

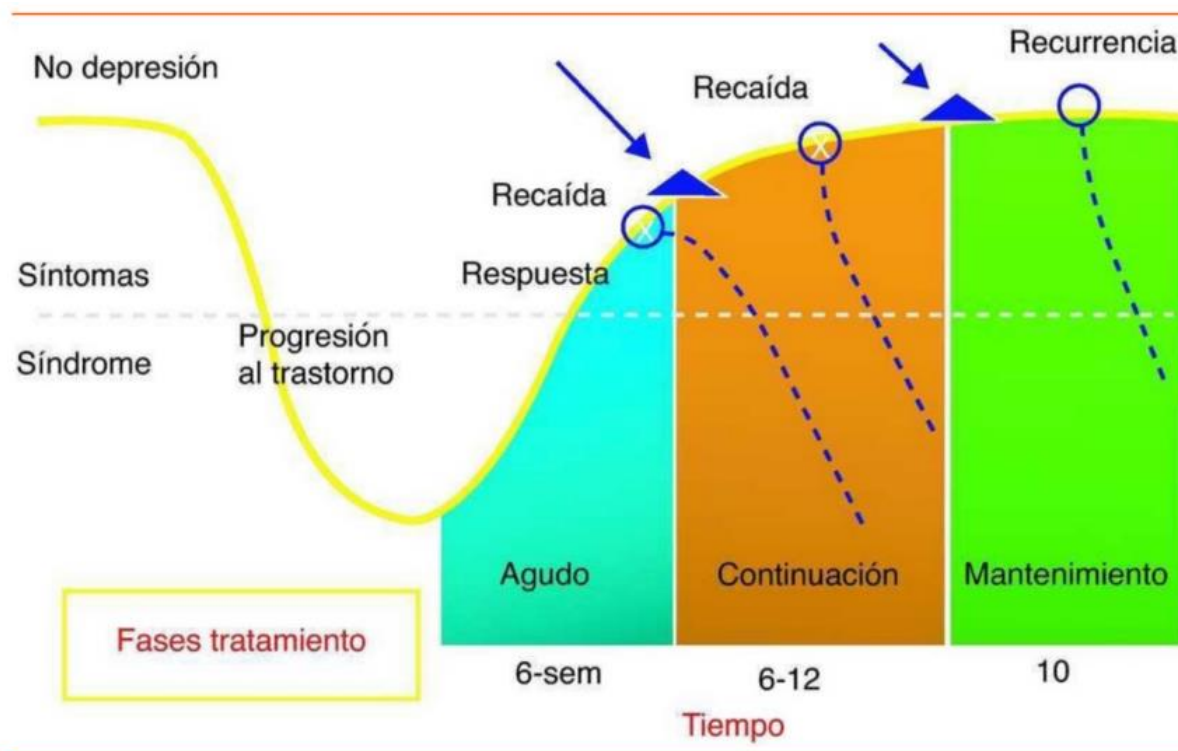
2. Romera, I. et al. (2013). Residual symptoms and functioning in depression, does the type of residual symptom matter? A post-hoc analysis. *BMC Psychiatry.*;Feb 11;13:51. doi: 10.1186/1471-244X-13-51

3. Gastó, C. et al. (2003). Residual symptoms in elderly major depression remitters. *Acta Psychiatr Scand.*;Jul;108(1):15-9. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00068.x

4. Tranter, R., O'Donovan, C., Chandarana, P. et al. (2002). Prevalence and outcome of partial remission in depression. *J Psychiatry Neurosci.*;Jul;27(4):241-7.

5. Judd, L.L. et al. (1998). Major depressive disorder: A prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord.*, Sep;50(2-3):97-108. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032798001384>

FASES Y DURACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN



La duración del tratamiento dependerá de la gravedad, número de episodios depresivos previos (recurrencia) y otros factores de riesgo¹⁻⁵:

- Primer episodio no grave: duración variable de aproximadamente entre 6-12 meses.
- Primer episodio grave: duración recomendada 2-3 años.
- Dos episodios: mantener entre 3-5 años.
- Tres o más episodios o primer episodio en paciente anciano: mantener 5 años o considerar tratamiento indefinido

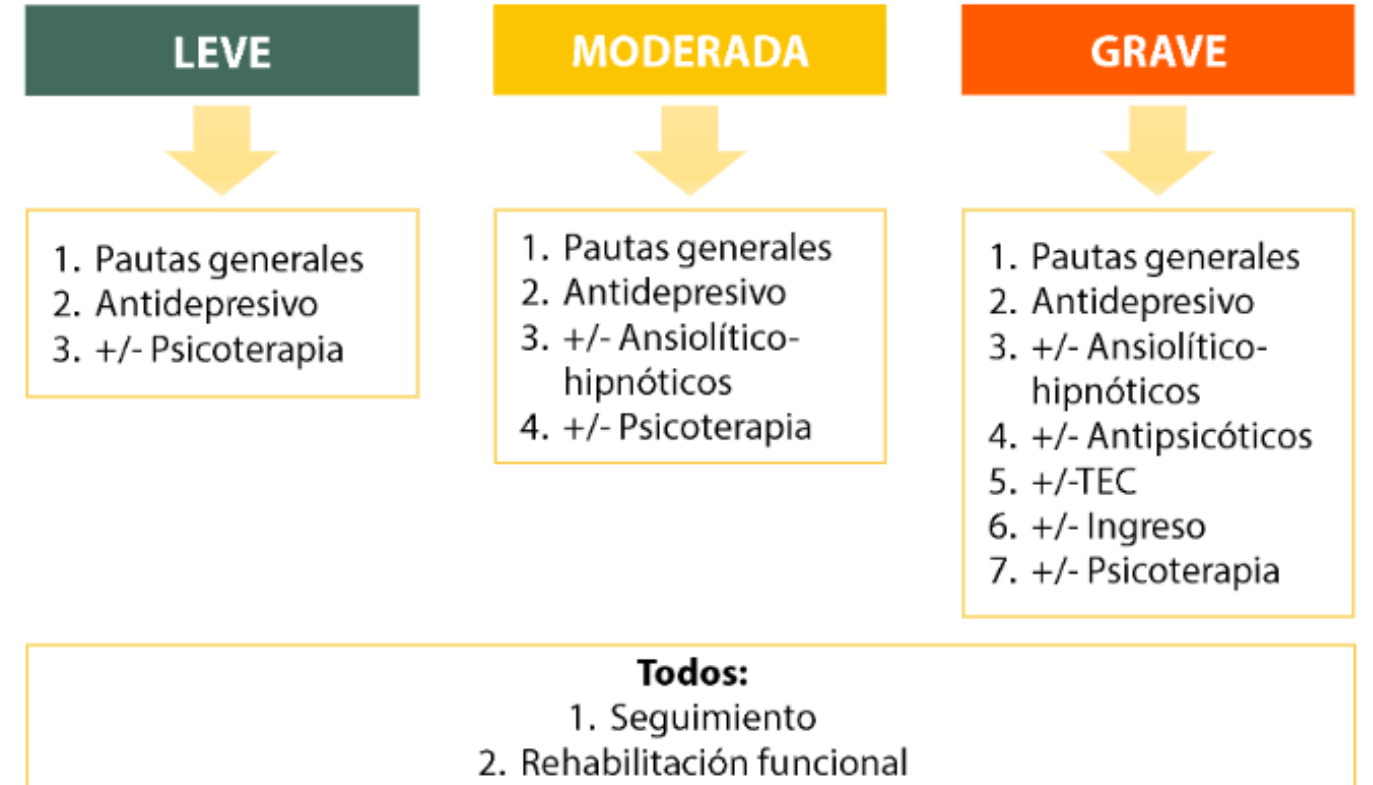
Kupfer, D. J. (1991). Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*, May;52 Suppl:28-34. PMID: 1903134

1. Lam, R. W. et al. (2016). CANMAT Depression Work Group. *Sep*;61(9):510-23. doi: 10.1177/0706743716659416.
2. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. Soler, P. A., Gascón, J. (2012).
4. Saltiel, P. F., Silvershein, D. I. (2015).
5. APA. (2010). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder*. 3rd Edition.



Estrategia y posibles herramientas terapéuticas

- Hábitos higiénicos y dietéticos
- Psicoterapia
- Tratamiento farmacológico
- Terapias de neuromodulación y estimulación cerebral.





¿CÓMO DECIDIR EL TRATAMIENTO ADECUADO?

- El tratamiento de la depresión debe ser individualizado.
- Factores que deben tenerse en cuenta^{1,2}:
 - La intensidad de los síntomas y su impacto en la funcionalidad, es decir, la gravedad del cuadro. Evaluar la ideación suicida.
 - La existencia de episodios depresivos previos y la respuesta a los tratamientos realizados durante los mismos. Valorar incluso la respuesta obtenida en familiares de primer grado.
 - La edad y el sexo.
 - Las circunstancias predisponentes, precipitantes o perpetuadoras del episodio depresivo. Es posible que estos factores requieran un abordaje específico.
 - Hábitos de vida perjudiciales y condicionantes sociales. El soporte familiar y social.
 - Rasgos de personalidad premórbidos.
 - Presencia de comorbilidades psiquiátricas y médicas.
 - Polifarmacia/Interacciones.
 - Eficacia y tolerabilidad

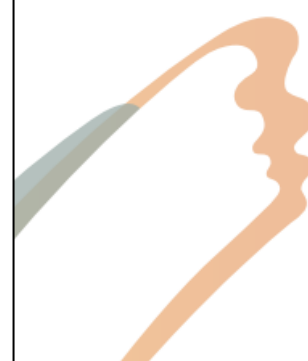
1. Saltiel, P. F., Silvershein, D. I. (2015). Major depressive disorder: mechanism-based prescribing for personalized medicine. *Neuropsychiatr Dis Treat.*;11:875-888. Major depressive disorder: mechanism-based prescribing for personalized medicine - PubMed (nih.gov)

2. OMC. (2021). Pautas de Actuación y Seguimiento en Depresión. Madrid



¿CÓMO SE PUEDE APLICAR LA TECNOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN?

- **Objetivo de las aplicaciones disponibles:** proporcionar información y ayudar al diagnóstico, así como facilitar el seguimiento y la autogestión de forma interactiva.
- **Beneficios:** accesibilidad a un gran número de personas, la comunicación a pesar de existir grandes distancias entre los participantes y el acceso en cualquier momento y con varios dispositivos electrónicos a la vez.
- Estas herramientas facilitan la labor del clínico, aunque pocas de ellas tienen evidencia científica que respalde su efectividad¹.
- Tipos de aplicaciones basadas en Internet:
 - intervenciones autoaplicadas
 - serious games
 - realidad virtual (RV)
 - intervenciones guiadas.



Guías Clínicas

Depresión

TRATAMIENTO

17. ¿Qué es el tratamiento psicológico?	25
18. Técnicas psicoterápicas.....	27
19. ¿Tratamiento psicoterápico individual o grupal?	29
20. ¿Es inteligente comenzar con medicamentos y agregar psicoterapia más adelante? ¿Es mejor usar medicación con psicoterapia.....	30
21. ¿Cuáles son las indicaciones de la medicación antidepresiva?	31
22. ¿Qué criterios hay que seguir para la selección de un antidepresivo? Comparación entre el primer episodio y episodios recurrentes. Importancia de las comorbilidades .	34
23. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los antidepresivos?	41
24. ¿Los medicamentos antidepresivos harán pensar más en el suicidio?	43
25. ¿Qué hacer si no se consiguen los objetivos terapéuticos?	44
26. ¿Cómo realizar el cambio de un medicamento antidepresivo a otro?.....	47
27. ¿Cuáles son las principales causas de la mala adherencia al tratamiento?.....	50

Coordinador:

Vicente Gasull Molinera

Autores:

- José Ángel Alcalá Partera
- Antonio Alonso Verdugo
- Guadalupe del Pilar Arilla Herrera
- Begoña Vanessa Déniz Saavedra
- Ángel González Pérez
- Adrián Herrería Lambert
- Manuel José Mejías Estévez
- Verónica Olmo Dorado
- Paula Sofía Pérez Martín



TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

- La **psicoterapia** es uno de los pilares terapéuticos del trastorno depresivo y se asociará o complementará a la psicofarmacología en los casos necesarios.
- El médico de familia debe ser capaz de:
 - hacer una psicoterapia individualizada: terapia de apoyo, técnicas de resolución de problemas, técnicas de asesoramiento (counselling);
 - tener la perspectiva del valor de la familia y su repercusión en la vida del paciente, por ello es importante la psicoeducación no solo del paciente sino también a nivel de la familia.
- **Técnicas psicoterápicas:**
 1. Terapia cognitivo-conductual
 2. Terapia interpersonal
 3. Terapia cognitiva basada en el mindfulness
 4. Terapia de resolución de problemas
 5. Biblioterapia
 6. Otras: terapia de activación conductual, psicoterapia psicodinámica a corto/largo plazo, intervenciones entre pares, Sistema de Análisis Cognitivo Conductual de Psicoterapia



Cuestiones en torno al tratamiento psicoterápico

- Psicoterapia individual o grupal
 - **Psicoterapia grupal** , evidencia de su eficacia: trastornos de personalidad, depresión y duelo, trastornos de la alimentación, violencia juvenil, adicciones y pacientes con enfermedades tales como VIH o cáncer.
- Psicoterapia en línea o de aplicaciones móviles y tratamientos por teléfono o vídeo: ¿han demostrado su eficacia¹⁻³?
- Psicoterapia sola, tratamiento farmacológico solo o combinación de ambos?
- Se iniciará el tratamiento con psicoterapia en los siguientes casos:
 - síntomas leves
 - embarazo y lactancia
 - paciente pluripatológico con polifarmacia
 - reacciones adversas previas.

1. Pereira-Sánchez, V., Molero, P. (2019). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la depresión. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado;12(86):5070-4. 2. Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G. et al. (2004). Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression: A Systematic Review. Archives of General Psychiatry; Jul;61(7):714-9 3. NICE guidelines. (2022). Depression in adults: treatment and management. Guidance | NICE [citado 3 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depressionin-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909>



Tratamiento antidepresivo farmacológico: indicaciones

- Los fármacos antidepresivos están indicados, fundamentalmente, en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, si bien algunos de ellos tienen indicación en otras patologías psiquiátricas e incluso en otro tipo de afecciones como, por ejemplo, puede ser el dolor.
- Las indicaciones del tratamiento antidepresivo en el trastorno depresivo mayor son¹⁻²:
 - Episodios depresivos de severidad moderada o grave
 - En depresión leve se utiliza si: •
 - presenta comorbilidades con mal pronóstico o deterioro de calidad de vida
 - no hay posibilidades de acceso a tratamientos psicoterapéuticos, no farmacológicos
 - existe persistencia de síntomas más de 2 años (distimia) o 6 meses tras tratamientos no farmacológicos
 - preferencia del paciente por el tratamiento farmacológico
 - antecedentes personales de depresión moderada o grave con buena respuesta a la medicación antidepresiva.
 - Riesgo de suicidio significativo o síntomas psicóticos: inicio urgente

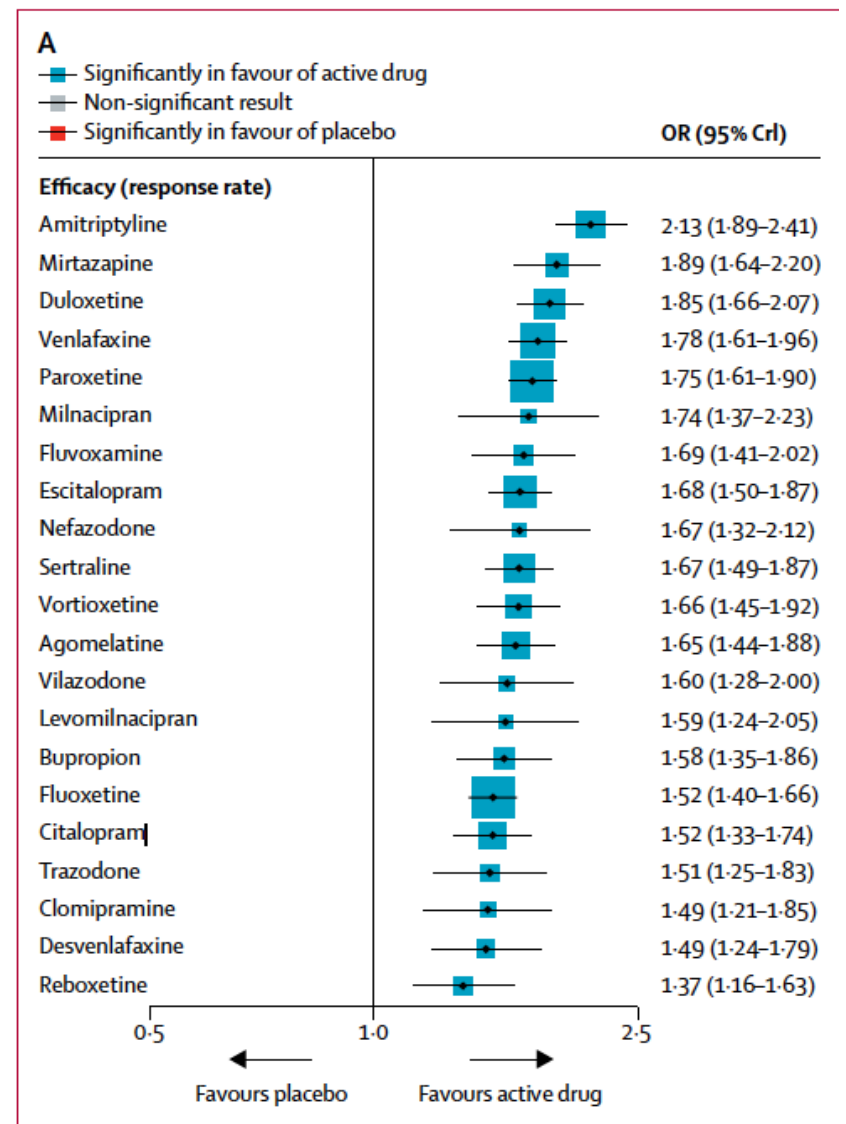
1. Aguirrezabala, J. R. et al. (2017). Tratamiento de la depresión en atención primaria: cuándo y con qué. *Infac.*;25(1) [citado 22 de enero de 2023]
Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2017/es_def/adjuntos/INFAC-Vol-25-n-1_anZdepresivos.pdf

2. Gasull Molinera, V. (2018). Depresión. En: Alcalá Partera, J. A. et al. Monografía de Formación Oficial para el Desarrollo Profesional ConZnuo de Atención a problemas de Salud Mental [monografía en Internet]. Madrid: Ediciones SEMERGEN S.L.;67-86. (citado 16 de enero de 2023). Disponible en: <https://dpcsemergen.com/docs/monografias/2006.pdf>

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE UN ANTIDEPRESIVO:



Antidepressant (Brand Name(s))	Mechanism	Dose Range
First line (Level I Evidence)		
Agomelatine ^a (Valdoxan)	MT ₁ and MT ₂ agonist; 5-HT ₂ antagonist	25-50 mg
Bupropion (Wellbutrin) ^b	NDRI	150-300 mg
Citalopram (Celexa, Cipramil)	SSRI	20-40 mg
Desvenlafaxine (Pristiq)	SNRI	50-100 mg
Duloxetine (Cymbalta)	SNRI	60 mg
Escitalopram (Cipralext, Lexapro)	SSRI	10-20 mg
Fluoxetine (Prozac)	SSRI	20-60 mg
Fluvoxamine (Luvox)	SSRI	100-300 mg
Mianserin ^a (Tolvon)	α ₂ -Adrenergic agonist; 5-HT ₂ antagonist	60-120 mg
Milnacipran ^a (Ixel)	SNRI	100 mg
Mirtazapine (Remeron) ^c	α ₂ -Adrenergic agonist; 5-HT ₂ antagonist	15-45 mg
Paroxetine (Paxil) ^d	SSRI	20-50 mg 25-62.5 mg for CR version
Sertraline (Zoloft)	SSRI	50-200 mg
Venlafaxine (Effexor) ^e	SNRI	75-225 mg
Vortioxetine (Brintellix, Trintellix) ^f	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT _{1A} agonist; 5-HT _{1B} partial agonist; 5-HT _{1D} , 5-HT _{3A} , and 5-HT ₇ antagonist	10-20 mg
Second line (Level I Evidence)		
Amitriptyline, clomipramine, and others	TCA	Various
Levomilnacipran (Fetzima) ^f	SNRI	40-120 mg
Moclobemide (Manerix)	Reversible inhibitor of MAO-A	300-600 mg
Quetiapine (Seroquel) ^e	Atypical antipsychotic	150-300 mg
Selegiline transdermal ^a (Emsam)	Irreversible MAO-B inhibitor	6-12 mg daily transdermal
Trazodone (Desyrel)	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT ₂ antagonist	150-300 mg
Vilazodone (Viibryd) ^f	Serotonin reuptake inhibitor; 5-HT _{1A} partial agonist	20-40 mg (titrate from 10 mg)



- Cipriani, A. et al. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet*;391(10128):1357-66. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29477251>
- Lam, R. W. et al. (2016). CANMAT Depression Work Group. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry*.;Sep;61(9):510-23. doi: 10.1177/0706743716659416.

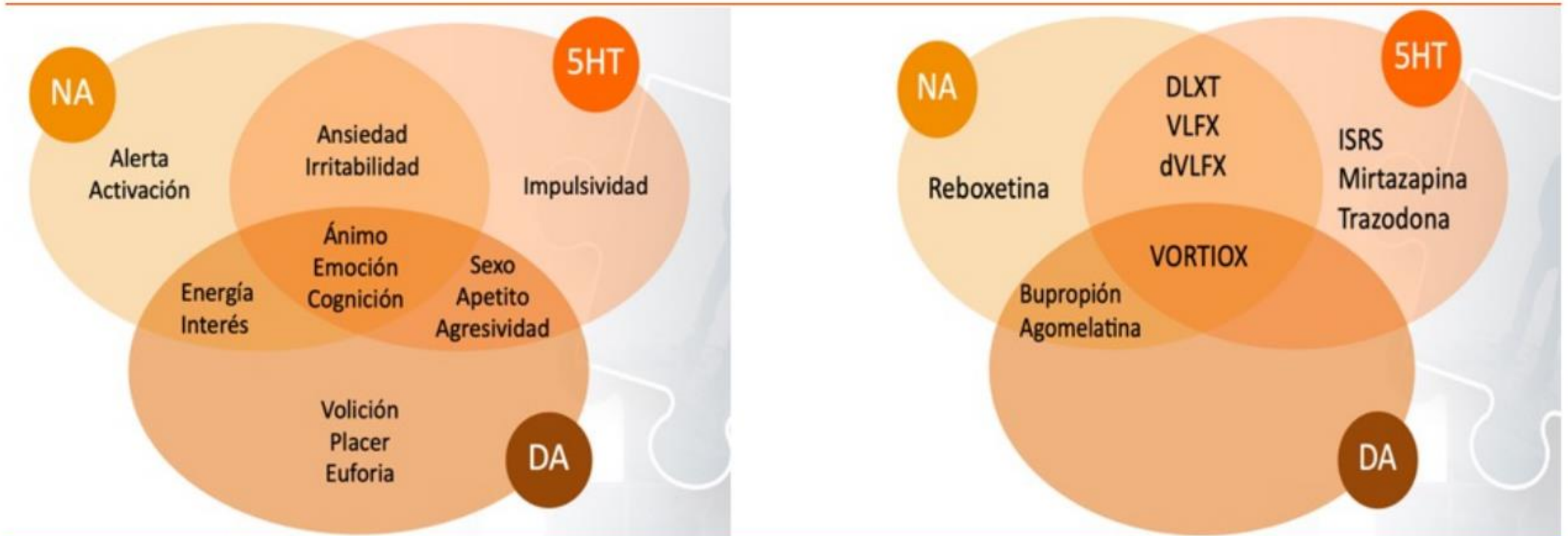




CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE UN ANTIDEPRESIVO: PRIMER EPISODIO FRENTE A EPISODIOS RECURRENTE

- A. Factores relacionados con el episodio depresivo: características clínicas/especificadores, gravedad y predominio sintomático (**especificadores**)
- B. Factores relacionados con el paciente:
 - B.1. Presencia de **comorbilidades**
 - B.2. Edad, sexo, situaciones especiales
 - B.3. Respuesta, adherencia y tolerancia a tratamientos previos
 - B.4. Preferencias del paciente
- C. Factores relacionados con la medicación:
 - C.1. Mecanismo de acción y perfil de eficacia del antidepresivo
 - C.2. Perfil de **tolerabilidad** a corto y medio plazo
 - C.3. Toxicidad en caso de sobredosis en pacientes con elevado riesgo suicida
 - C.4. Perfil de **interacciones**
- D. Coste, disponibilidad y potenciales restricciones de uso

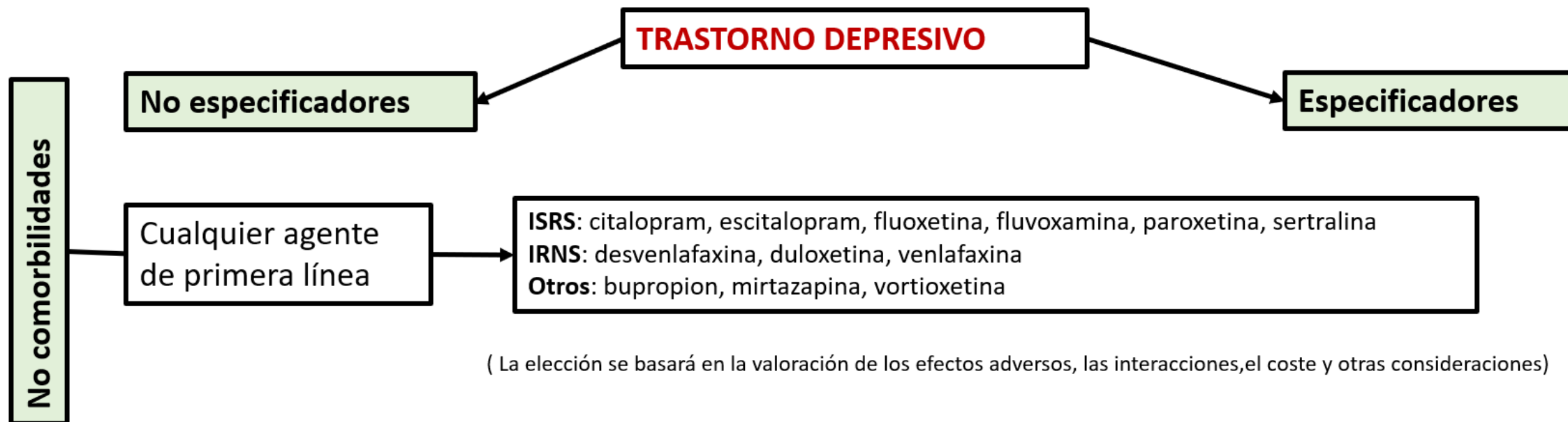
ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LOS SÍNTOMAS PREDOMINANTES



5HT: serotonina; DA: dopamina; DLXT: duloxetina; dVLFX: desvenlafaxina; NA: noradrenalina; VLFX: venlafaxina; VORTIOX: vortioxetina

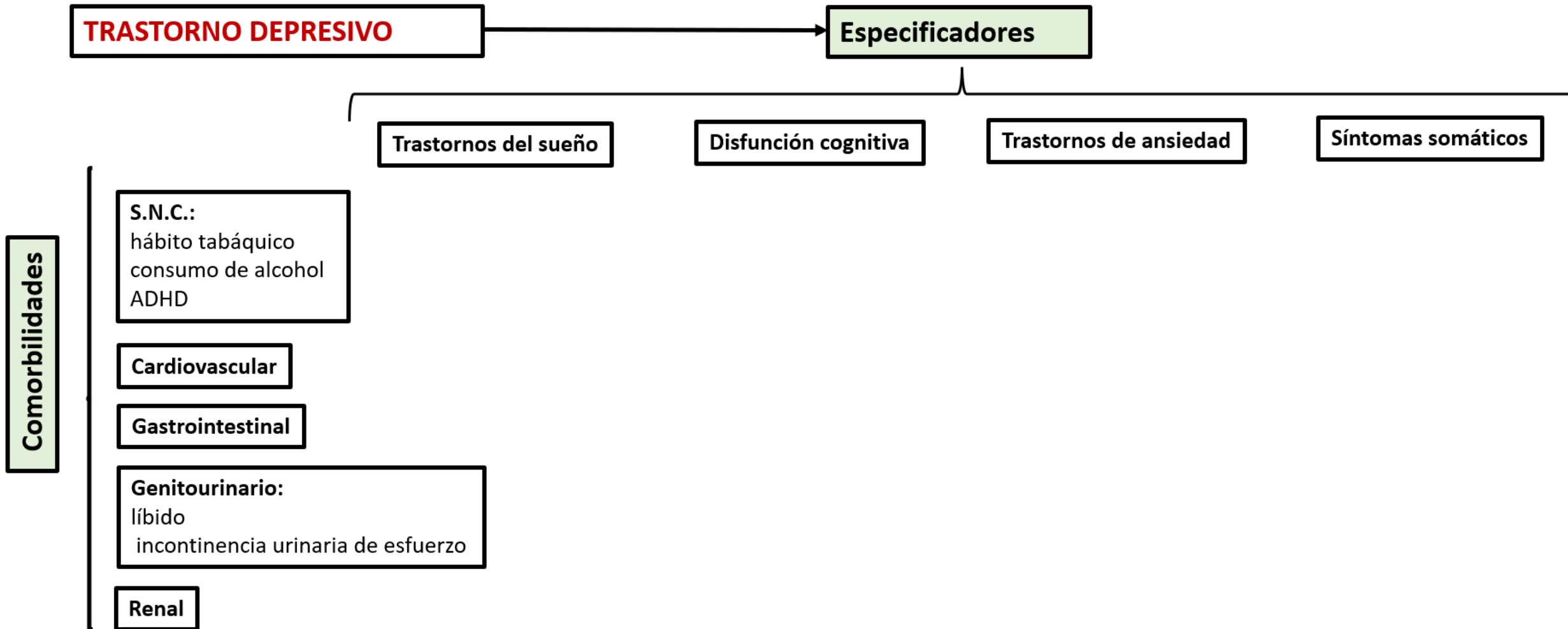


Elección del antidepresivo



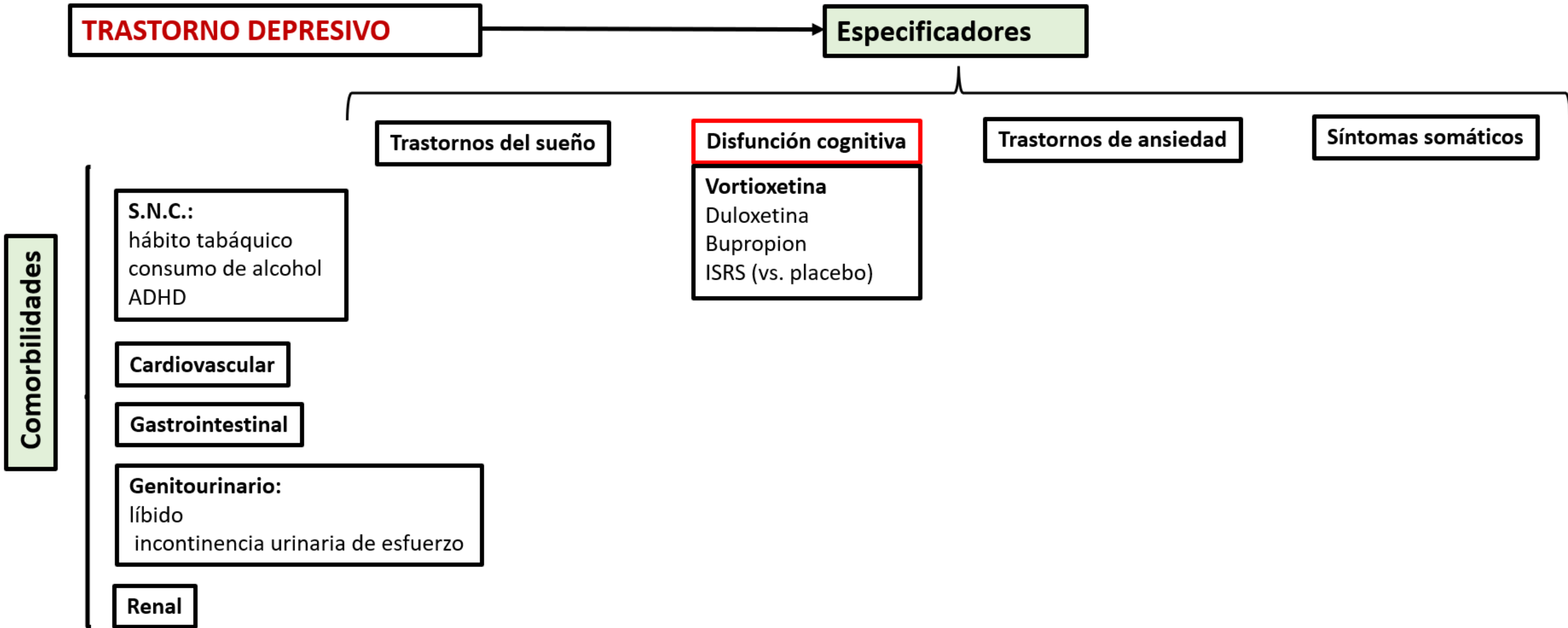


Elección del antidepresivo





Elección del antidepresivo



Chin T, Huyghebaert T, Svrcek C, Oluboka O. Individualized antidepressant therapy in patients with major depressive disorder: Novel evidence-informed decision support tool. Can Fam Physician. 2022 Nov;68(11):807-814. doi: 10.46747/cfp.6811807.

Elección del antidepresivo

TRASTORNO DEPRESIVO

Especificadores

Trastornos del sueño

Disfunción cognitiva

Trastornos de ansiedad

Síntomas somáticos

Comorbilidades

S.N.C.:

hábito tabáquico
consumo de alcohol
ADHD

Cardiovascular

Gastrointestinal

Genitourinario:

líbido
incontinencia urinaria de esfuerzo

Renal

Citalopram y escitalopram¹

- Un metaanálisis de la FDA encontró que el citalopram ocasionaba una mayor prolongación del QTc que cualquier otro ISRS, con un efecto dosis dependiente, y recomendó que dosis > 20 mg / día deben evitarse en adultos mayores > 65 años, y > 40 mg en todos los pacientes.
- La prolongación del QTc relacionada con la dosis con escitalopram ha llevado a la Health Canada y UK Medicines a recomendar la limitación de la dosis a 10 mg / día en adultos mayores.

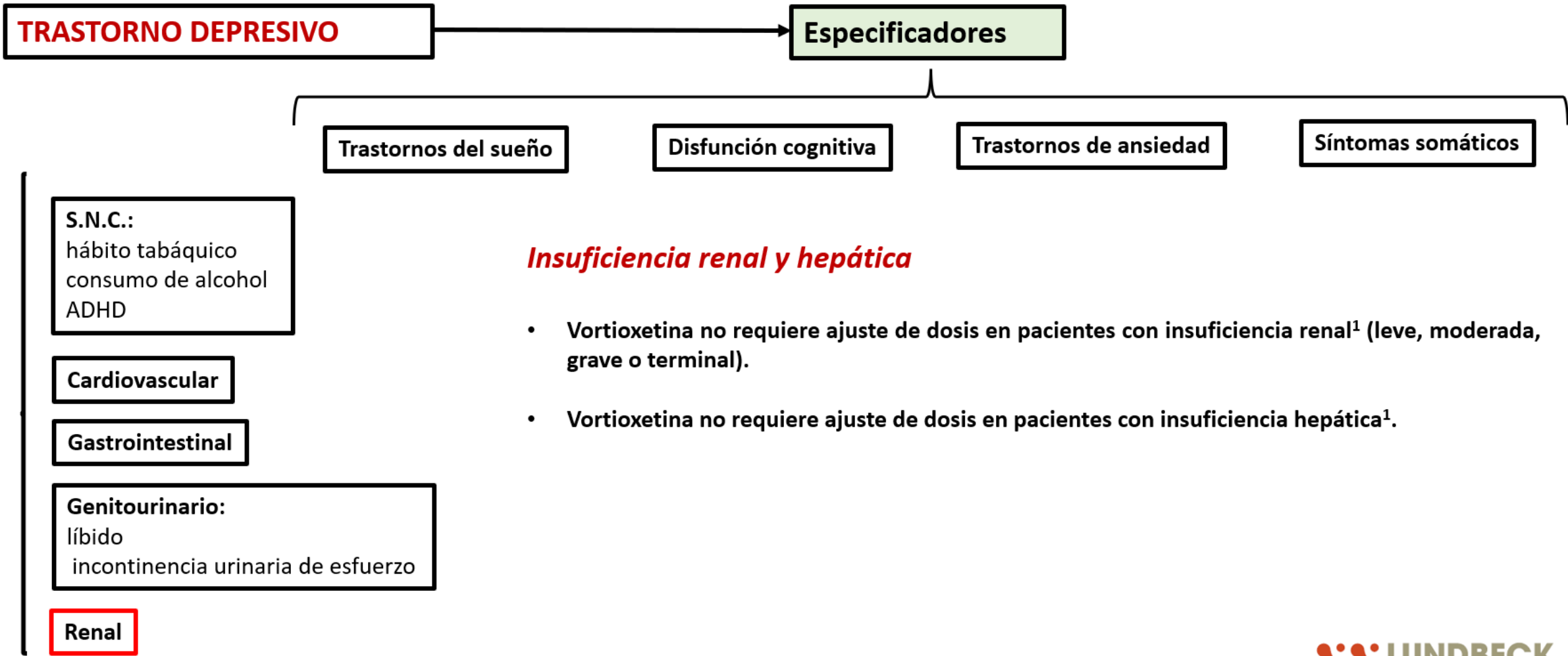
Riesgo de sangrado

➤ ISRS²:

- solos x2 riesgo de hemorragia gastrointestinal alta y
- x6 si además toman AINES



Elección del antidepresivo



1. Ficha técnica de Brintellix®. Lundbeck. EMA. 2021.

Elección del antidepresivo: Otros factores a considerar

- Tolerabilidad / Efectos adversos:

Class	Drug	Side Effects																		
		Nausea	Constipation	Diarrhoea	Dry mouth	Headache	Dizziness	Somnolence	Nervousness	Anxiety	Agitation	Insomnia	Fatigue	Sweating	Asthenia	Tremor	Anorexia	Increased appetite	Weight gain	Male sexual dysfunction
SSRI	Citalopram	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%
	Escitalopram	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%
	Fluoxetine	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%
	Fluvoxamine	≥30%	10-29%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%
	Paroxetine	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%
	Sertraline	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%
SNRI	Desvenlafaxine	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Duloxetine	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Levomilnacipran	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Milnacipran	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Venlafaxine	≥30%	10-29%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
Other	Agomelatine	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Bupropion	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Mirtazapine	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Moclobemide	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Vilazodone	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	
	Vortioxetina	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	10-29%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	0-9%	

Adapted from Kennedy SH, et al. Can J Psychiatry. 2016;61:540-560.

Elección del antidepresivo: Otros factores a considerar

- Tolerabilidad / Efectos adversos:
 - Alteración de la lívido
 - Aumento de peso
 - Efectos gastrointestinales
 - Alteraciones del sueño
- Interacciones farmacológicas

Table 1. Inhibitory effect of newer antidepressants on cytochrome P450 (CYP) enzymes

	CYP1A2	CYP2C9	CYP2C19	CYP2D6	CYP3A4
Citalopram	0	0	0	+	0
Escitalopram	0	0	0	0/+	0
Fluoxetine	+	++	+/>++	+++	+/>++
Fluvoxamine	+++	++	+++	+	++
Paroxetine	+	+	+	+++	+
Sertraline	0	+	0	+/>++	+
Venlafaxine	0	0	0	+	+
Duloxetine	0	0	0	++	+
Mirtazapine	0	0	0	+	0
Reboxetine	0	0	0	+	+
Bupropion	0	0	0	++	0
Agomelatine	0	0	0	0/+	0
Vortioxetine	0	0	0	0	0

0= minimal or no inhibition; += mild inhibition; ++= moderate inhibition; +++= potent inhibition

Modified from Spina and de Leon²⁵.

Riv Psichiatr 2015; 50(5): 210-215

213



ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA RESPUESTA A TRATAMIENTOS PREVIOS Y PREFERENCIAS DEL PACIENTE

- En los casos de recaída o recurrencia de episodios depresivos, el tratamiento de elección será aquel (fármaco, asociación de fármacos o fármaco y psicoterapia) que resultó eficaz en el tratamiento del episodio anterior y a las mismas dosis.
- En caso de tener familiares con trastorno depresivo, el fármaco de elección será aquel que haya resultado eficaz en el tratamiento del familiar de primer grado.
- El paciente debe ser el centro de las decisiones terapéuticas y debe participar activamente de las mismas.
- La familia debe tener también una participación activa en el proceso terapéutico y colaborar con el paciente en el cumplimiento y seguimiento del tratamiento, sobre todo en las fases iniciales del tratamiento.



¿LOS FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS DEBEN HACER PENSAR MÁS EN EL SUICIDIO?

- No se ha logrado evidencia estadística de un mayor riesgo de suicidio con el tratamiento antidepresivo¹.
- La ideación y el comportamiento suicida desencadenados por los fármacos antidepresivos (principalmente ISRS) son poco frecuentes².
- Hay metaanálisis que han mostrado una tasa de intentos de suicidio unas 2,5 veces superior en pacientes que estaban bajo tratamiento antidepresivo con respecto a los que tomaban placebo³.
- Las guías recomiendan que los médicos realicen una adecuada evaluación, monitorización y seguimiento de la ideación y conductas suicidas durante el tratamiento con antidepresivos, particularmente en pacientes menores de 25 años y, sobre todo, en las fases iniciales del mismo⁴.

1. Hayes, J., Lewis, G. (2019). Newer-Generation Antidepressants and Suicide Risk. *Psychother Psychosom.*;88:371-372.

2. Stübners et al. (2018). Suicidal Ideation and Suicidal Behavior as Rare Adverse Events of Antidepressant Medication: Current Report from the AMSP Multicenter Drug Safety Surveillance Project. *International Journal of Neuropsychopharmacology*.

3. Stone, M. et al. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*.

4. Henigsberg, N. et al. (2012). A randomized, double-blind, placebo-controlled 8-week trial of the efficacy and tolerability of multiple doses of Lu AA21004 in adults with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*.



¿QUÉ HACER ANTE LA NO CONSECUCCIÓN DE LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS?

- Preguntarnos si el **diagnóstico es o no correcto**.
- Descartar la **pseudorresistencia**: dosis insuficientes, duración del tratamiento corta, falta de adherencia.
- **Estrategias** ante la falta de respuesta al tratamiento farmacológico antidepresivo^{1,2}:
 - **Optimización**: aumentar la dosis del antidepresivo que se está utilizando.
 - **Sustitución**: cambiar a otro antidepresivo con otro perfil receptorial o a otro antidepresivo con similar perfil.
 - **Combinación**: combinar antidepresivos de distinto perfil receptorial.
 - **Potenciación**: potenciar el antidepresivo empleado con otros agentes farmacológicos (litio, antipsicóticos atípicos).
 - Combinar antidepresivos con psicoterapia.
 - Combinar antidepresivos con otras terapias no farmacológicas (TEC).

1. Fava, M. et al. (2014). Clinical relevance of fatigue as a residual symptom in major depressive disorder. *Depress Anxiety*.;31(3):250-7

2. Bauer, M., Severus, E., Möller, et al. (2017). WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders. *Int J Psychiatry Clin Pract.*;Sep;21(3):166-176. doi: 10.1080/13651501.2017.1306082.

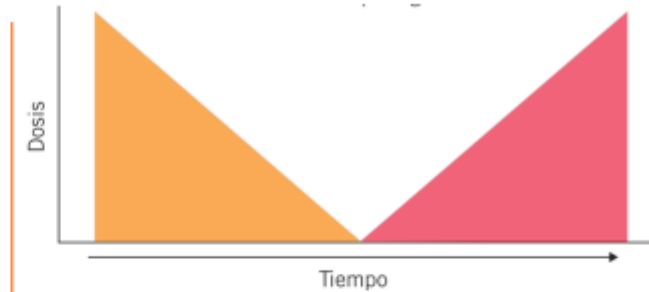


¿CÓMO REALIZAR EL CAMBIO DE UN MEDICAMENTO ANTIDEPRESIVO A OTRO? POSIBLES ESTRATEGIAS

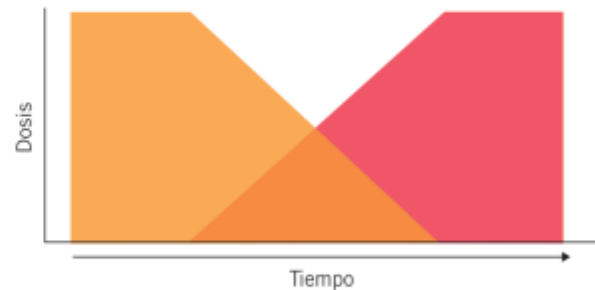
Cambio directo



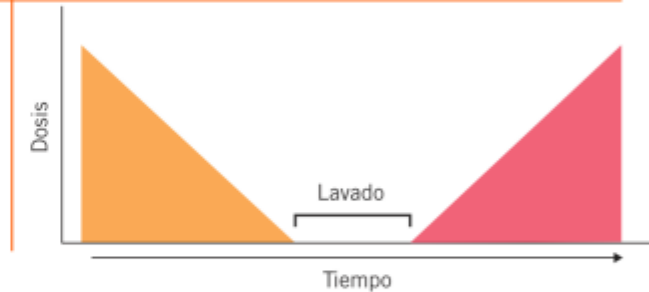
Cambio secuencial



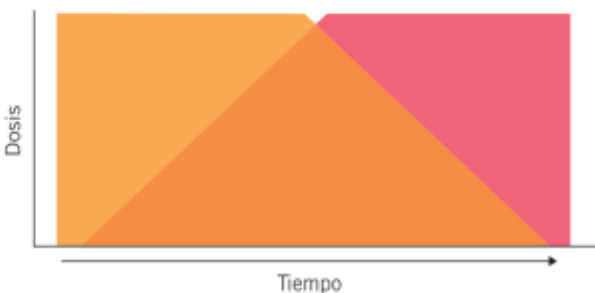
Escalonamiento cruzado



Cambio secuencial con período de lavado



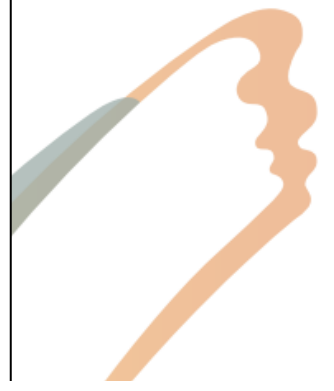
Cambio solapado





¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA MALA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO?

- La falta de adherencia a la medicación antidepresiva oscila entre un 40 % y un 60 % de los pacientes.
- El grado de no adherencia varía según el momento evolutivo de la enfermedad.
- Los principales factores asociados con una mala adherencia son:
 - factores relacionados con el paciente: olvido, comorbilidad, conceptos erróneos sobre la enfermedad y medicación
 - factores relacionados con la polifarmacia: efectos secundarios, cantidad y precio de medicación
 - factores socioculturales: las creencias culturales, religiosas o el estigma
 - factores logísticos



Guías Clínicas

Depresión

TRATAMIENTOS DE NEUROESTIMULACIÓN

28. ¿Qué es la neuroestimulación?.....	51
29. ¿Qué es la estimulación magnética transcraneal repetitiva (rTMS)?	52
30. ¿Qué es la terapia electroconvulsiva (TEC)?.....	52

TRATAMIENTOS DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA (CAM)

31. ¿Qué son los tratamientos físicos y meditativos?	54
32. ¿Qué son los productos naturales para la salud?	55
Anexo	56
Abreviaturas.....	62
Bibliografía	63

Coordinador:
Vicente Gasull Molinera

Autores:
José Ángel Alcalá Partera
Antonio Alonso Verdugo
Guadalupe del Pilar Arilla Herrera
Begoña Vanessa Déniz Saavedra
 Ángel González Pérez
 Adrián Herrería Lambert
Manuel José Mejías Estévez
 Verónica Olmo Dorado
 Paula Sofía Pérez Martín



TRATAMIENTO DE NEUROESTIMULACIÓN

- La neuroestimulación es la modulación intencional de la actividad del sistema nervioso, principalmente desde el punto de vista electromagnético.
- **Técnicas de neuroestimulación:**
 - **No invasivas:** como la estimulación magnética transcraneal o la terapia electroconvulsiva.
 - **Invasivas:** como la estimulación del nervio vago o la estimulación cerebral profunda (EAP).
- La **estimulación magnética transcraneal**¹⁻³ repetitiva está indicada para el tratamiento de la depresión moderada resistente al tratamiento. Alrededor de dos tercios de los pacientes tratados responden y más de un tercio pueden conseguir una remisión total de la clínica depresiva. Se puede empezar a apreciar mejoría de los síntomas a partir del séptimo día de tratamiento.
 - Es una técnica segura sin efectos secundarios duraderos. El dolor de cabeza transitorio es el efecto adverso más común después de la rTMS.
 - La estimulación magnética transcraneal repetitiva parece tener tasas de respuesta más bajas en la depresión resistente al tratamiento en comparación con la terapia electroconvulsiva (TEC)³, pero el perfil de efectos secundarios es más favorable.

1. Levkovitz, Y. et al. (2009). Deep transcranial magnetic stimulation over the prefrontal cortex: Evaluation of antidepressant and cognitive effects in depressive patients. *Brain Stimul.*;Oct;2(4):188-200

2. Levkovitz, Y. et al. (2011). Differential effects of deep TMS of the prefrontal cortex on apathy and depression. *Brain Stimul.*;Oct;4(4):266-74

3. Harel, E. V. et al. (2014). H-coil repetitive transcranial magnetic stimulation for treatment resistant major depressive disorder: An 18-week continuation safety and feasibility study. *World J Biol Psychiatry*



TRATAMIENTO DE NEUROESTIMULACIÓN: TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

- Es altamente eficaz en los trastornos depresivos resistentes al tratamiento y se logra la remisión de entre un 50 % y un 80 % de los pacientes¹.
- Otras indicaciones: tratamiento del episodio maníaco, de la esquizofrenia con síntomas positivos persistentes o de la catatonía.
- No existen contraindicaciones absolutas para el empleo de esta técnica, pero sí situaciones de mayor riesgo que requieren una estrecha vigilancia en el paciente:
 - Hipertensión arterial
 - Infección respiratoria aguda
 - Lesiones ocupantes de espacio
 - Factores de riesgo de hemorragia cerebrovascular
 - Infarto de miocardio reciente
 - Insuficiencia cardíaca no estabilizada
 - Presión intracraneal elevada a nivel cerebral
 - Trombosis venosa profunda sin tratamiento anticoagulante
- Los efectos secundarios cognitivos transitorios (confusión postictal y la amnesia anterógrada) son frecuentes. Al menos un tercio de los pacientes se quejan de pérdida de memoria de forma persistente².
- La TEC es efectiva y segura pero sigue siendo un tratamiento infrutilizado en la depresión resistente al tratamiento³.

1. Khalid, N. et al. (2008). The effectiveness of electroconvulsive therapy in treatment-resistant depression: a naturalistic study. *J ECT.*;Jun;24(2):141-5

2. Rose, D. et al. (2003). Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ.*;Jun 21;326(7403):1363

3. Payne, N. A., Prudic, J. (2009). Electroconvulsive therapy: Part I. A perspective on the evolution and current practice of ECT. *J Psychiatr Pract.*;Sep;15(5):346-68



TRATAMIENTOS DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA: TRATAMIENTOS FÍSICOS Y MEDITATIVOS

TRATAMIENTO	INDICACIÓN PARA DEPRESIÓN MAYOR	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	MONOTERAPIA O TERAPIA COADYUVANTE
Acupuntura ¹	Leve a moderada	Tercera línea	Nivel 2	Terapia coadyuvante
Ejercicio físico ^{2,3}	Leve a moderada	Primera línea	Nivel 1	Monoterapia
Terapia lumínica ¹	Patrón estacional	Primera línea	Nivel 1	Monoterapia
Yoga ¹	Leve a moderada	Segunda línea	Nivel 2	Terapia coadyuvante

1. Ravindran, A. V. et al. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. V. Complementary and alternative medicine treatments. *J Affect Disord.*;Oct;117 Suppl 1:554-64
2. Morres, I. D. et al. (2019). Aerobic exercise for adult patients with major depressive disorder in mental health services: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*;Jan;36(1):39-53
3. Brown, H. E. et al. (2013). Physical activity interventions and depression in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Sports Med.*;Mar;43(3):195-206



TRATAMIENTOS DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA: TRATAMIENTOS FÍSICOS Y MEDITATIVOS

TRATAMIENTO	INDICACIÓN PARA DEPRESIÓN MAYOR	RECOMENDACIÓN	NIVEL DE EVIDENCIA	MONOTERAPIA O TERAPIA COADYUVANTE
Ácidos grasos omega-3^{1,2}	Leve a moderada	Segunda línea	Nivel 1	Monoterapia o terapia coadyuvante
Hierba de San Juan^{1,3-7} (Hypericum perforatum)	Leve a moderada	Primera línea	Nivel 1	Monoterapia
S-adenosilmetionina^{8,9}	Leve a moderada	Segunda línea	Nivel 1	Terapia coadyuvante
Triptófano¹⁰⁻¹²	Leve a moderada	No recomendado	Nivel 2	---
Acetil L-carnitina^{10,13}	Leve a moderada	Tercera línea	Nivel 2	Monoterapia
Crocus sativus¹⁰ (planta de la que deriva el azafrán)	Leve a moderada	Tercera línea	Nivel 2	Monoterapia o terapia coadyuvante
Folato¹⁴⁻¹⁶	Leve a moderada	Tercera línea	Nivel 2	Terapia coadyuvante

1. Ravindran, A. V. et al. (2009). *J Affect Disord.* (Suppl 1).
2. Gertsik, L. et al. (2012). *J Clin Psychopharmacol.*
3. Pepping, J. (1996). *Am J Health Syst Pharm.*
4. Thiede, H. M. et al. (1994). *J Geriatr Psychiatry Neurol.*
5. Müller, W. E. et al. (1994). *J Geriatr Psychiatry Neurol.*
6. Thiele, B. et al. (1994). *J Geriatr Psychiatry Neurol.*
7. Linde, K. et al. (2008). *Cochrane Database Syst Rev.*
8. Carpenter, D. J. et al. (2011). *Altern Med Rev.*
9. De Berardis, D. et al. (2016). *CNS Neurol Disord Drug Targets.*
10. Ravindran, A. V. et al. (2016). *Can J Psychiatry.*
11. Shaw, K. et al. (2002). *Aust N Z J Psychiatry.*
12. Jangid, P. et al. (2013). *Asian J Psychiatr.*
13. Wang, S. M. et al. (2014). *J Psychiatr Res.*
14. Fava, M. et al. (2009). *J Clin Psychiatry.*
15. Papakostas, G. I. et al. (2012). *Can J Psychiatry.*
16. Ginsberg, L. D. et al. (2011). *Innov Clin Neurosci.*



Guías Clínicas SEMERGEN

Depresión



*¡GRACIAS!
por su atención*