

MISIÓN: ► RESCATE FUNCIONAL

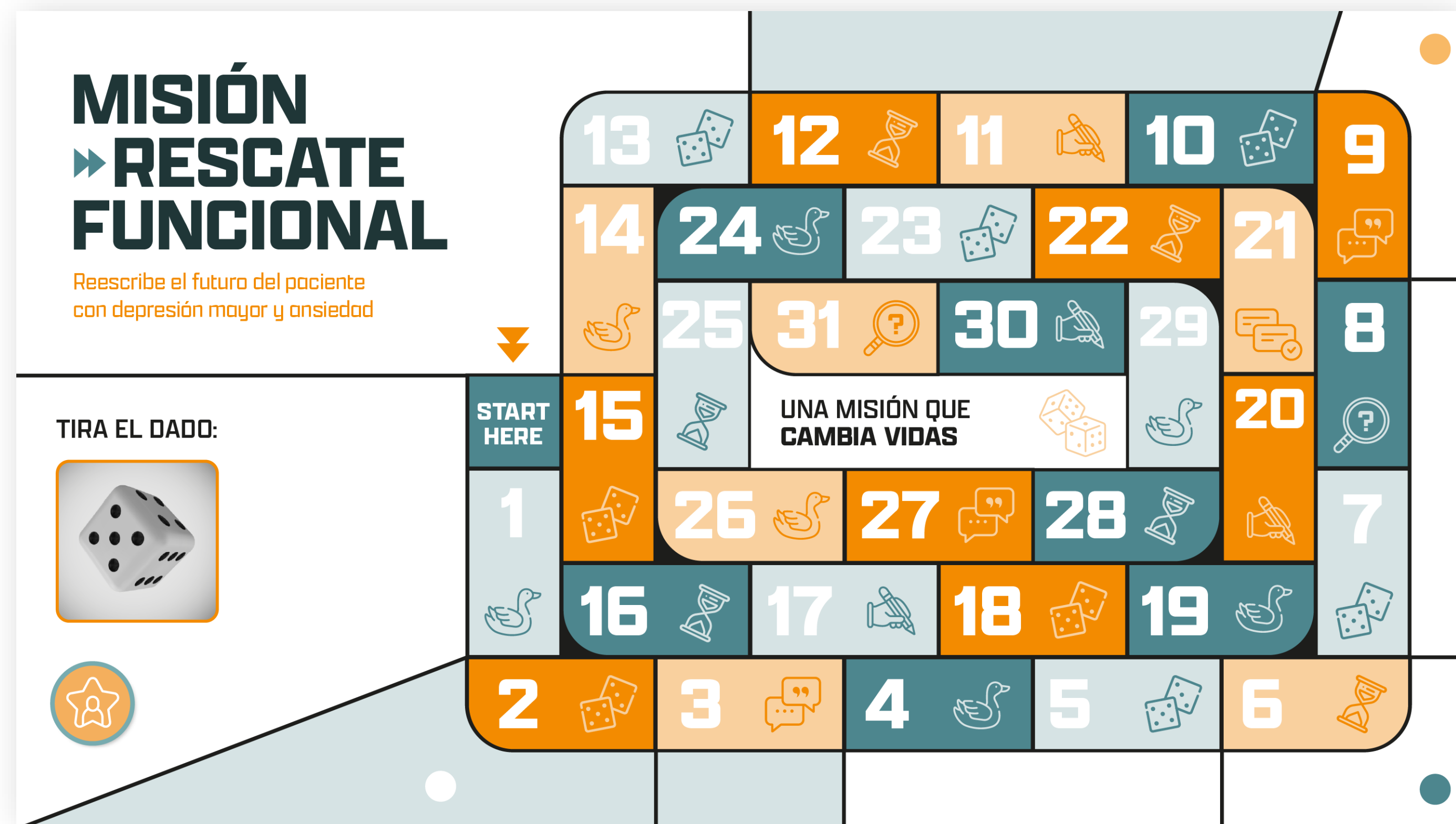
Reescribe el futuro
del paciente con depresión
mayor y ansiedad



Bienvenidos/as

Dinámica

- Viaje a través de la historia clínica de un paciente.
- Debéis colaborar para conseguir la misión de recuperación funcional del paciente, superando diferentes pruebas.
- **3 etapas:**
 1. Punto de partida
 2. Camino terapéutico
 3. Cambiar el futuro



Conozcamos a Juan

Características básicas del paciente

- Varón, 58 años. Conductor profesional de autobús.
- Turnos rotatorios (incluye madrugadas y fines de semana); alta presión por tiempos, tráfico y quejas de usuarios.
- Casado, convive con su esposa; 2 hijos adultos independientes.
- Principal fuente de ingresos del hogar; preocupación por hipoteca y gastos fijos.
- Motivo de consulta: solicita baja laboral “por nervios y la cabeza” y demanda explícita de “algo más fuerte” para dormir.

Conozcamos a Juan

Contexto, antecedentes y factores de mantenimiento

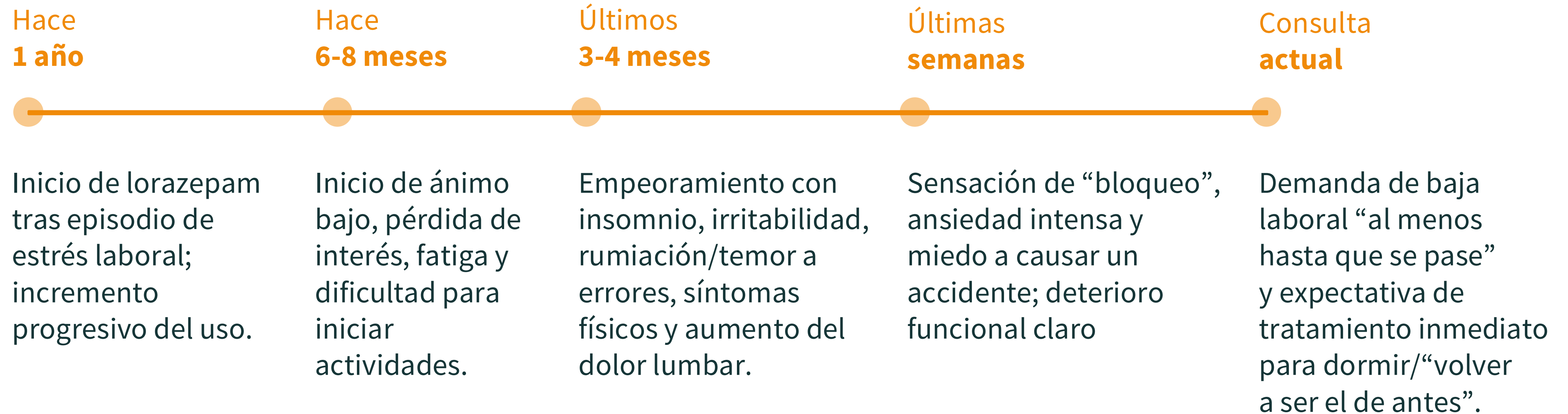
- **Estresores:** reorganización laboral (más turnos partidos/cambios de horario), conflicto con superior y quejas de usuarios, preocupación económica por reestructuración.
- **Antecedentes:** HTA (IECA), dislipemia (estatina), sobrepeso (IMC 29), lumbalgia mecánica crónica (AINEs intermitentes).
- **Tratamiento concomitante:** terbinafina oral por onicomiosis (inhibidor CYP2D6) desde hace 3 semanas.
- **Consumo/estilo de vida:** tabaco 10-15 cig/día; alcohol 2-3 cervezas/día (↑ fines de semana); sedentarismo, alimentación irregular, sueño muy fragmentado (televisión para “desconectar”).
- **Benzodiacepinas:** lorazepam desde hace 1 año; uso actual 2-3 comprimidos/día, con tolerancia y rebote/abstinencia al intentar suspender “en seco”.

Conozcamos a Juan

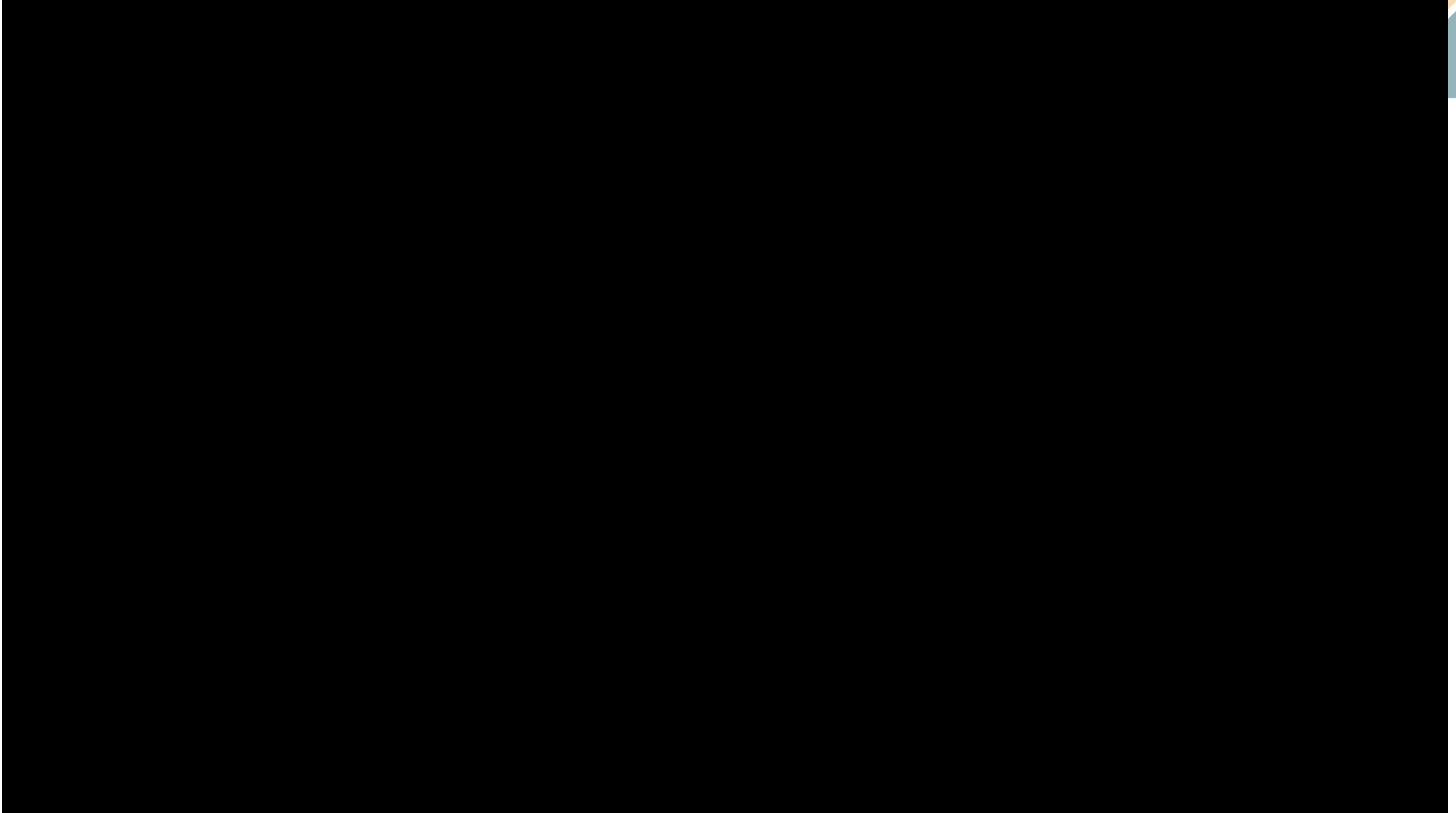
Sintomatología que presenta

- **Afectiva:** ánimo bajo, anhedonia, fatiga marcada, episodios de llanto, irritabilidad, desesperanza moderada.
- **Ansiosa/cognitiva:** preocupación persistente por cometer errores/accidentes, rumiación nocturna, “tensión” continua, disminución de concentración y memoria reciente, enlentecimiento.
- **Sueño:** insomnio mixto (conciliación + despertares + despertar precoz), no reparador.
- **Somática:** opresión torácica, “nudo” epigástrico, cefaleas tensionales, empeoramiento del dolor lumbar; molestias digestivas asociadas a picos de ansiedad.
- **Impacto funcional:** deterioro laboral (dificultad para conducir con seguridad) y doméstico (inactividad, reducción de tareas).
- **Escalas en consulta:** PHQ-9 19/27 (depresión moderada-grave); GAD-7 16/21 (ansiedad grave).

Conozcamos a Juan



Video 1: introducción del paciente



MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad

START ➤



MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad

TIRA EL DADO:



MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad



TIRA EL DADO:





Casilla 3: Debate

Debate 1:

¿“Estrés laboral” o trastorno depresivo-ansioso clínicamente relevante?

¿Qué datos del caso hacen pensar en un cuadro depresivo/ansioso que requiere abordaje estructurado (más allá de la baja)?



Cartas (Formato 8 cm x 12 cm)



¿“Estrés laboral” o trastorno depresivo-ansioso clínicamente relevante?

Clave 1:

Estrés ≠ trastorno clínico: el diagnóstico lo marca la **duración**, la **intensidad** y el **impacto funcional**.

Clave 2:

En profesiones de riesgo (p. ej., conducción), el umbral de intervención es más exigente: seguridad del paciente y de terceros.

Clave 3:

La baja puede ser terapéutica, pero **sin plan** favorece cronificación: necesita objetivos y revisiones.

Clave 4:

Insomnio + rumiación + anhedonia + deterioro sostenido orientan a trastorno depresivo/ansioso.



Casilla 3: Debate

Debate 2:

Cómo objetivar el diagnóstico en AP (y cuándo escalar)

¿Qué herramientas usarías hoy para confirmar severidad, orientar diagnóstico diferencial y decidir intensidad de intervención?



Cartas (Formato 8 cm x 12 cm)



Cómo objetivar el diagnóstico en AP (y cuándo escalar)

Clave 1:

Las escalas (PHQ-9/GAD-7) no sustituyen la clínica: **objetivan severidad** y permiten monitorizar respuesta.

Clave 2:

Siempre evaluar: riesgo autolítico, consumo (alcohol/BZD), comorbilidad médica y bipolaridad si hay sospecha.

Clave 3:

La decisión no es “diagnóstico sí/no”, sino **qué intensidad de intervención** (AP, coordinación, USM) y **qué seguimiento**.

Clave 4:

Documentar severidad y plan mejora continuidad asistencial y coherencia del equipo.

MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad

TIRA EL DADO:





Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 1

Con la información del caso (síntomas 6–8 meses, deterioro funcional y escalas), ¿cuál es el diagnóstico MÁS probable en este momento?

- a) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- b) Trastorno depresivo mayor moderado-grave con síntomas ansiosos
- c) Trastorno bipolar tipo I
- d) Trastorno de ansiedad generalizada con sintomatología depresiva





Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 1

Con la información del caso (síntomas 6–8 meses, deterioro funcional y escalas), ¿cuál es el diagnóstico MÁS probable en este momento?

- a) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo
- b) Trastorno depresivo mayor moderado-grave con síntomas ansiosos**
- c) Trastorno bipolar tipo I
- d) Trastorno de ansiedad generalizada con sintomatología depresiva



Casilla 8: responde a las preguntas

Justificación

- Duración (meses) + **síntomas nucleares depresivos** (anhedonia/apatía, llanto, fatiga) + deterioro funcional.
- Clínica ansiosa relevante (preocupación persistente, tensión, insomnio, síntomas somáticos).
- Escalas compatibles con gravedad (PHQ-9 elevado + GAD-7 elevado).
- En un conductor profesional, la afectación cognitiva/atencional y el insomnio aumentan el impacto clínico y la necesidad de abordaje estructurado.



Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 2

Un **PHQ-9 = 19** se interpreta como:

- a) Depresión leve
- b) Depresión moderada
- c) Depresión moderada-grave
- d) Depresión mínima / sin relevancia clínica



Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 2

Un **PHQ-9 = 19** se interpreta como:

- a) Depresión leve
- b) Depresión moderada
- c) Depresión moderada-grave**
- d) Depresión mínima / sin relevancia clínica



Casilla 8: responde a las preguntas

Justificación

- PHQ-9 permite **objetivar severidad** y establecer línea basal.
- Un valor alto sugiere necesidad de intervención activa (plan terapéutico + seguimiento cercano).
- En AP, es útil para monitorizar respuesta y para comunicación clínica/registro, **pero no sustituye** entrevista diagnóstica.



Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 3

¿Qué dato del caso apoya MÁS **trastorno depresivo mayor** frente a trastorno adaptativo?

- a) Existencia de un estresor laboral identificable
- b) Síntomas de 6–8 meses + anhedonia/apatía + deterioro funcional sostenido
- c) Dolor lumbar crónico
- d) Preocupación por la hipoteca



Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 3

¿Qué dato del caso apoya MÁS **trastorno depresivo mayor** frente a trastorno adaptativo?

- a) Existencia de un estresor laboral identificable
- b) Síntomas de 6–8 meses + anhedonia/apatía + deterioro funcional sostenido**
- c) Dolor lumbar crónico
- d) Preocupación por la hipoteca



Casilla 8: responde a las preguntas

Justificación

- El trastorno adaptativo suele estar más “pegado” al estresor y con menor persistencia/expansión sindrómica.
- Aquí hay **síndrome completo** (depresivo + ansioso + sueño + cognitivo) y deterioro mantenido.
- La evaluación debe fijarse en: duración, número de síntomas, impacto funcional y curso.



Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 4

¿Qué hallazgo obligaría a **replantear el diagnóstico** y descartar bipolaridad antes de iniciar un plan estándar de depresión/ansiedad?

- a) Insomnio con rumiación
- b) Episodios previos de ≥ 4 días con aumento marcado de energía, verborrea y falta de sueño
- c) Preocupación por cometer errores en el trabajo
- d) Llanto sin causa clara



Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 4

¿Qué hallazgo obligaría a **replantear el diagnóstico** y descartar bipolaridad antes de iniciar un plan estándar de depresión/ansiedad?

- a) Insomnio con rumiación
- b) Episodios previos de ≥ 4 días con aumento marcado de energía, verborrea y falta de sueño**
- c) Preocupación por cometer errores en el trabajo
- d) Llanto sin causa clara



Casilla 8: responde a las preguntas

Justificación

- Antes de consolidar diagnóstico depresivo-ansioso, conviene **cribar hipomanía/manía** para evitar errores terapéuticos.
- Indicadores: disminución de necesidad de sueño, conducta desinhibida, grandiosidad, aumento de actividad dirigida a objetivos.
- Si hay sospecha, priorizar evaluación clínica ampliada y/o coordinación con Salud Mental.



Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 5

En la primera visita, ¿qué exploración es MÁS crítica para confirmar el encuadre diagnóstico y decidir el nivel de intervención?

- a) Pedir analítica completa antes de hablar de salud mental
- b) Valorar riesgo autolítico, consumo (BZD/alcohol) y repercusión funcional/seguridad laboral
- c) Indicar baja de varios meses para “reducir estrés”
- d) Derivar siempre a Salud Mental sin plan en AP



Casilla 8: responde a las preguntas

Pregunta 5

En la primera visita, ¿qué exploración es MÁS crítica para confirmar el encuadre diagnóstico y decidir el nivel de intervención?

- a) Pedir analítica completa antes de hablar de salud mental
- b) Valorar riesgo autolítico, consumo (BZD/alcohol) y repercusión funcional/seguridad laboral**
- c) Indicar baja de varios meses para “reducir estrés”
- d) Derivar siempre a Salud Mental sin plan en AP



Casilla 8: responde a las preguntas

Justificación

- La decisión diagnóstica en AP es **operativa**: severidad + riesgo + consumo + funcionamiento.
- En este caso: profesión de riesgo (conducción), insomnio, enlentecimiento/dificultad de concentración y uso de BZD/alcohol = variables críticas.
- Con esa información decides: intensidad del plan, frecuencia de seguimiento, necesidad de coordinación/derivación.

Evidencia

IMPORTANCIA DE LA DEPRESIÓN

- El **primer acceso** al sistema sanitario de los pacientes con depresión es **Atención Primaria**, siendo la detección de la misma el **punto de partida para un tratamiento efectivo**.
- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta al **3,8 % de la población mundial**. Esto supone unos 280 millones de personas.
- Las **tasas de prevalencia en Europa** se sitúan alrededor de un **6,4 %**; en **España**, concretamente, se cifra en un **5,4 % de la población**.
- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **la depresión es la principal causa mundial de discapacidad** y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.
- La OMS estima que, en el año 2030, la depresión se encontrará entre las tres primeras causas de enfermedad, discapacidad y costes sanitarios a nivel mundial.

IMPORTANCIA DE LA DEPRESIÓN

- El **trastorno depresivo** está **infradiagnosticado**. Tan solo el 58 % de las personas que sufren depresión acuden a la consulta de Atención Primaria (AP) o especializada, y un 55 % de los pacientes con depresión mayor leve no son diagnosticados en AP, siendo mucho menor este porcentaje en las formas más graves.
- El **diagnóstico precoz** de la depresión facilita la intervención sobre el paciente y su enfermedad, **mejora la respuesta** terapéutica y la remisión, **reduciendo** la posibilidad de **recaídas y recurrencias**, **mermando la discapacidad y morbilidad** asociadas al proceso, así mismo **evita la progresión y la cronicidad** de esta enfermedad mental que no siempre identificamos como problema de salud.

DEPRESIÓN: ENFERMEDAD HETEROGÉNEA Y COMPLEJA

SÍNTOMAS AFECTIVOS

- Tristeza
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Bajo estado de ánimo
- Pensamientos suicidas
- Desesperanza
- Sentimiento de culpa



SÍNTOMAS COGNITIVOS

Dificultades de:

- Atención y concentración
- Memoria reciente y a largo plazo
- Toma de decisiones
- Planificación y organización
- Agudeza mental
- Encontrar palabras
- Velocidad de pensamiento
- Juicio

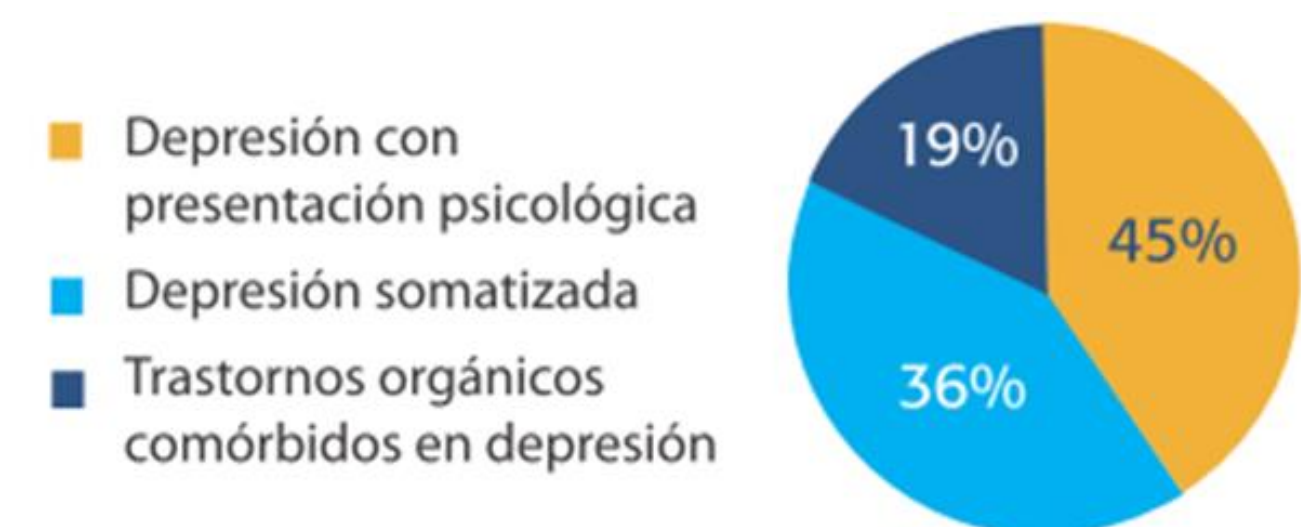
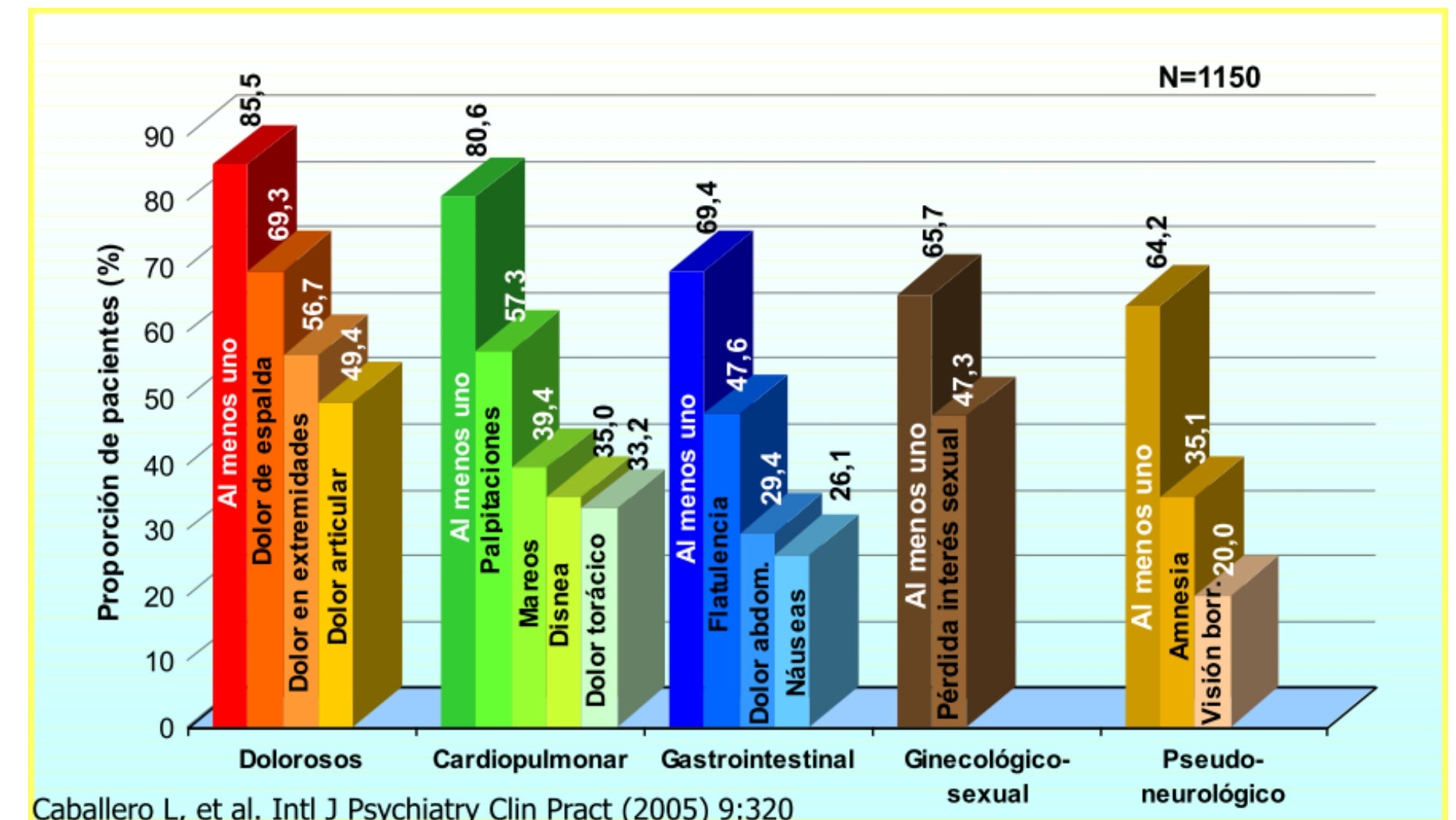
SÍNTOMAS SOMÁTICOS

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| • Fatiga | • Cefalea |
| • Cambios en el apetito / peso | • Problemas de estómago |
| • Insomnio / hipersomnia | • Dolor torácico |
| • Disfunción sexual | • Agitación psicomotora |

DEPRESIÓN Y SÍNTOMAS SOMÁTICOS

- La sintomatología más frecuente de presentación de la depresión en las consultas de atención primaria (AP) **no es de tipo psíquica**.
- Lo más habitual es que **la mitad de los pacientes depresivos detectados refieran quejas somáticas**, siendo ésta la **forma más frecuente de presentación** del trastorno del ánimo en AP.
- Aproximadamente **2/3 de los pacientes con depresión presentan un cuadro clínico dominado por síntomas somáticos**.
- El enfermo suele manifestar **quejas, dolores, pérdida de energía o sentirse mal físicamente, y este malestar lo relaciona con alguna causa orgánica**.
- El **69%** de los pacientes que acuden a AP y han sido diagnosticados de un trastorno depresivo sólo comunican inicialmente síntomas físicos, lo que dificulta o “enmascara” el diagnóstico.
- El **dolor** es la queja más frecuentemente manifestada.

Caballero L, et al. Intl J Psychiatry Clin Pract (2005) 9:320
 Aragonés E, et al. Journal of Psychosomatic Research 58 (2005) 145–151



Aragónés E, et al. J Psychosom Res 2005;58;145-51

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD COMÓRBIDA

- Los trastornos de ansiedad en su conjunto suponen **el trastorno mental más común**.
- Una prevalencia vida del **31%** y una prevalencia a 12 meses del **18%**, por encima de los trastornos del ánimo y los trastornos por uso de sustancias.
- **Mujeres 2:1.**
- A pesar de estas altas prevalencias los trastornos de ansiedad son **infradiagnosticados e infratratados en muchos casos**.
- **40% de los pacientes diagnosticados con trastorno de ansiedad no son tratados.**

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD COMÓRBIDA

- **Más de la mitad de los pacientes** con un trastorno de ansiedad, tendrán **múltiples trastornos de ansiedad** (al menos el 30%, 3 o más).
- Ansiedad presenta **frecuentemente comorbilidad con trastornos por uso de sustancias, trastornos afectivos y trastorno por déficit de atención e hiperactividad.**
- Los trastornos de ansiedad se asocian a un **elevado riesgo de desarrollo de un trastorno depresivo mayor comórbido.**
- Los trastornos de ansiedad se asocian de forma independiente con un **incremento del riesgo de intentos de suicidio** (x1,7-2,5). Este riesgo aumenta ante comorbilidad con trastorno del ánimo.
- Los pacientes con trastornos de ansiedad tienen **prevalencias más altas de hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares, trastornos gastrointestinales, enfermedad tiroidea, enfermedades respiratorias, migraña y trastornos alérgicos.**

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD COMÓRBIDA

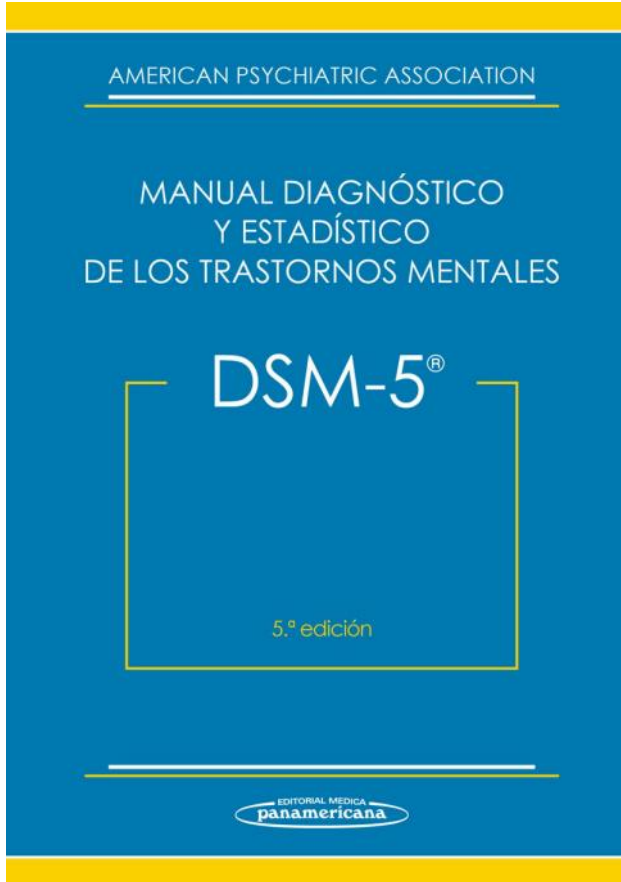
- **TAG es el trastorno mental más frecuente en AP.**
- TAG: prevalencia estimada a 12 meses del **1-4%** y prevalencia vida de aproximadamente el **6%**.
- **Dificultades en el reconocimiento y diagnóstico**, ya que la presentación más frecuente es en forma de **síntomas somáticos**. Dolor, fatiga, problemas de sueño, síntomas digestivos, entre los más frecuentes.
- Solo **1/3 de los pacientes con TAG son correctamente diagnosticados**, y de estos el **60% no reciben tratamiento**.
- **Mayor riesgo de intentos de suicidio.**
- **Mayor riesgo de eventos cardiovasculares** en aquellos pacientes con enfermedad cardiovascular (IAM, ACV, angina, fallecimiento).

ACV: accidente cardiovascular; **IAM:** infarto agudo de miocardio; **TAG:** trastorno de ansiedad generalizado
Katzman et al . BMC Psychiatry 2014, 14(Suppl 1):S1 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/S1/S1>
Baldwin DS, et al. Journal of Psychopharmacology 2014, Vol. 28(5) 403 –439
DeMartini J, et al. Annals of Internal Medicine, April 2019. doi:10.7326/AITC201904020
Tiller JWG. MJA Open 2012; 1 Suppl 4: 28–32 doi: 10.5694/mjao12.10628

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD COMÓRBIDA

- El riesgo de **coexistencia con otras entidades médicas es elevado**: síndromes dolorosos, hipertensión, patología cardiovascular y digestiva.
- **Marcado deterioro funcional y en calidad de vida, mayor uso de servicios sanitarios, con mayor impacto económico** directo e indirecto (afectación de productividad laboral).
- **Más de la mitad de los pacientes con TAG tienen un trastorno mental comórbido como depresión, trastorno de pánico, ansiedad social o TUS.**
- La **coexistencia de trastorno depresivo puede dificultar todavía más el diagnóstico por solapamiento de síntomas.**

DEPRESIÓN, ANSIEDAD ¿O AMBAS?



Trastorno de depresión mayor

Criterios diagnósticos

- A. **Cinco (o más)** de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de **dos semanas** y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) **estado de ánimo deprimido** o (2) **pérdida de interés o de placer**.
- Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
1. **Estado de ánimo deprimido** la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
 2. **Disminución importante del interés o el placer** por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. **Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso** (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o **disminución o aumento del apetito** casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. **Insomnio o hipersomnia** casi todos los días.
 5. **Agitación o retraso psicomotor** casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. **Fatiga o pérdida de energía** casi todos los días.
 7. **Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada** (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones**, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. **Pensamientos de muerte recurrentes** (no sólo miedo a morir), **ideas suicidas recurrentes** sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan **malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas** importantes del funcionamiento.
- C. El episodio **no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica**.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.
- Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno de ansiedad generalizada

Criterios diagnósticos

300.02 (F41.1)

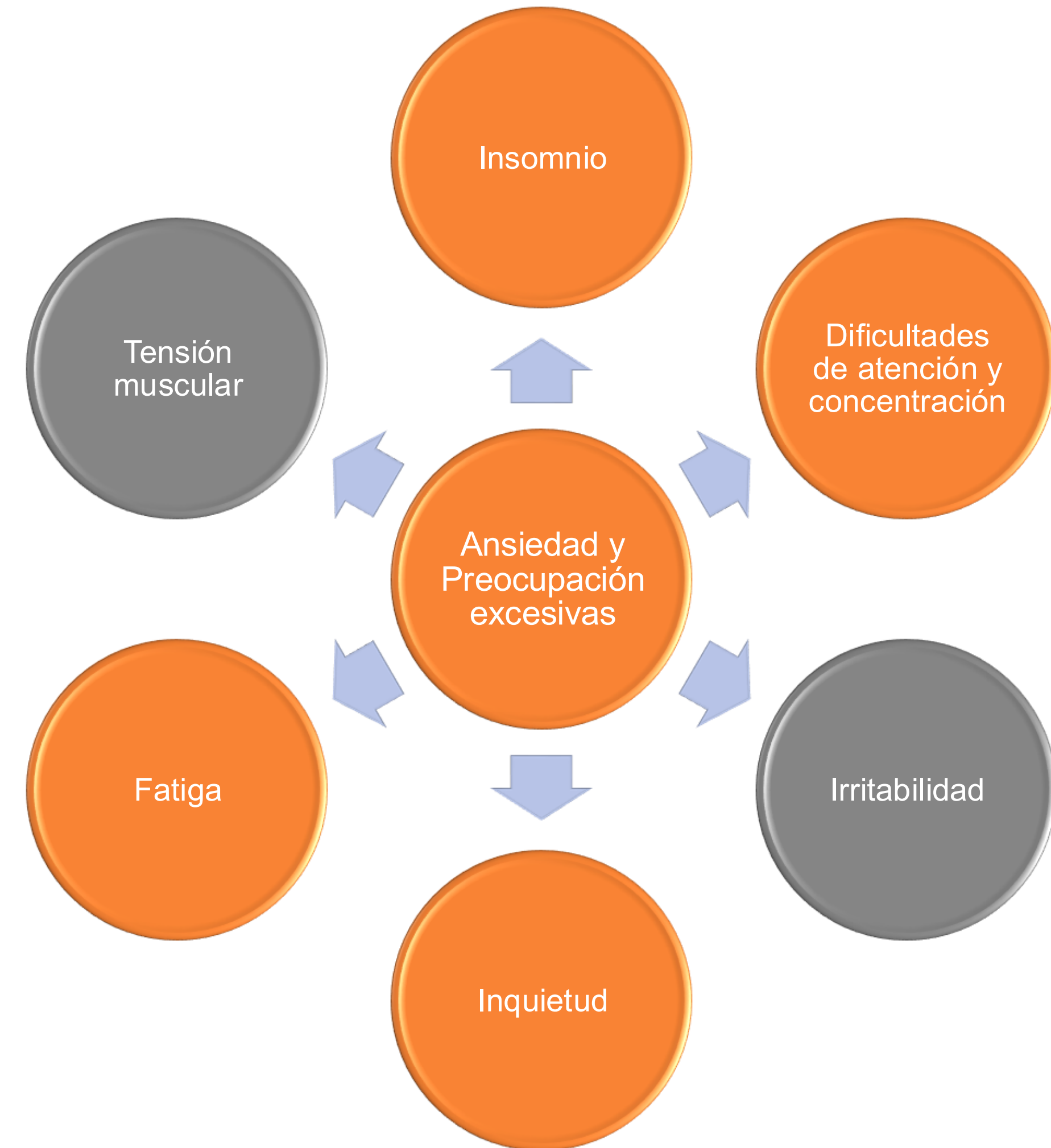
- A. **Ansiedad y preocupación excesiva** (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es **difícil controlar la preocupación**.
- C. La ansiedad y la preocupación **se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes** (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
- Nota:** En los niños solamente se requiere un ítem.
1. **Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.**
 2. **Facilidad para fatigarse.**
 3. **Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.**
 4. **Irritabilidad.**
 5. **Tensión muscular.**
 6. **Problemas de sueño** (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- D. La **ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento**.
- E. La alteración **no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia** (p. ej., una droga, un medicamento) **ni a otra afección médica** (p. ej., hipertiroidismo).
- F. **La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental** (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

DEPRESIÓN, ANSIEDAD ¿O AMBAS?

44

pág |

MISIÓN: ➡ RESCATE FUNCIONAL



DEPRESIÓN, ANSIEDAD ¿O AMBAS?



MODELO CATEGORIAL: Los individuos con depresión ansiosa, o con ansiedad y depresión comórbidas, se definen por tener los dos trastornos concomitantes, según los criterios diagnósticos CIE o DSM.

Tiller JWG. MJA Open 2012; 1 Suppl 4: 28–32 doi: 10.5694/mjao12.10628

Choi K.W., et al (2020) Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1191. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14/

Gaspersz R., et al. Curr Opin Psychiatry 2017, 30:000–000 DOI:10.1097/YCO.0000000000000376

DEPRESIÓN, ANSIEDAD ¿O AMBAS?



Comorbilidad entre depresión y trastornos de ansiedad se presenta en un 25% en las consultas de AP.
El 85% de los pacientes con depresión tienen ansiedad significativa y el 90% de los pacientes con trastorno de ansiedad tiene depresión.

Tiller JWG. MJA Open 2012; 1 Suppl 4: 28–32 doi: 10.5694/mjao12.10628

Choi K.W., et al (2020) Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1191. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14/

Gaspersz R., et al. Curr Opin Psychiatry 2017, 30:000–000 DOI:10.1097/YCO.0000000000000376

DEPRESIÓN, ANSIEDAD ¿O AMBAS?

ANSIEDAD

DEPRESIÓN

MODELO DIMENSIONAL: El diagnóstico de depresión ansiosa se basa en un diagnóstico de DM más síntomas de ansiedad (ya sea por encima del umbral o por debajo del mismo, según las puntuaciones de corte de las escalas psicológicas estandarizadas).

Tiller JWG. MJA Open 2012; 1 Suppl 4: 28–32 doi: 10.5694/mjao12.10628

Choi K.W., et al (2020) Anxiety Disorders. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1191. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_14/

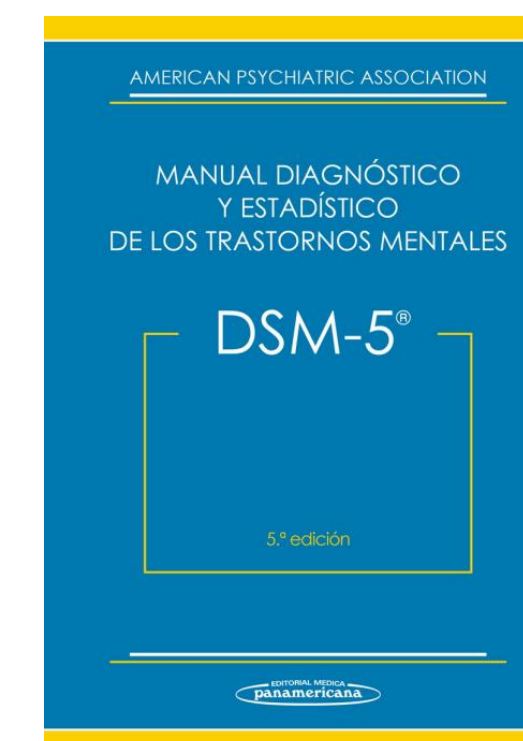
Gaspersz R., et al. Curr Opin Psychiatry 2017, 30:000–000 DOI:10.1097/YCO.0000000000000376

DEPRESIÓN, ANSIEDAD ¿O AMBAS?

DEPRESIÓN ANSIOSA

El término "depresión ansiosa" se ha utilizado indistintamente en la literatura reciente para tres definiciones dicotómicas de ansiedad-depresión:

- **TDM con un trastorno de ansiedad completo comórbido.**
- **TDM con síntomas de ansiedad** medidos como una puntuación por encima del punto de corte en una escala de gravedad de la ansiedad.
- **TDM con el especificador de ansiedad del DSM-5** (tres de cinco síntomas de ansiedad general).



Especificar si:

Con ansiedad: La ansiedad se define como la presencia de **dos o más de los síntomas siguientes** durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor o trastorno depresivo persistente (distimia):

1. Se siente nervioso o tenso.
2. Se siente inhabitualmente inquieto.
3. Dificultad para concentrarse debido a las preocupaciones.
4. Miedo a que pueda suceder algo terrible.
5. El individuo siente que podría perder el control de sí mismo.

Especificar la gravedad actual:

Leve: Dos síntomas.

Moderado: Tres síntomas.

Moderado-severo: Cuatro o cinco síntomas.

Grave: Cuatro o cinco síntomas y con agitación motora.

DEPRESIÓN, ANSIEDAD ¿O AMBAS?

ESCALA GAD – 7 (VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA GENERALIZED ANXIETY DISORDER-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:

	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M.A., Pardo, A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V., & Rejas, J. (2010). Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 8. doi: 10.1186/1477-7525-8-8.

DEPRESIÓN ANSIOSA

ELEVADA PREVALENCIA (independientemente de las definiciones utilizadas):

- El 46% de pacientes con TDM a lo largo de la vida tienen al menos un trastorno de ansiedad.
- El 42% de pacientes con TDM a 12 meses tienen un trastorno de ansiedad.
- **72% de prevalencia de comorbilidad con TAG.**
- Estudios recientes muestran como generalmente **el inicio del trastorno de ansiedad precede al inicio del trastorno depresivo.**
- Si utilizamos el **especificador para ansiedad de DSM-5**, encontramos prevalencias del **54-78% en pacientes con TDM.**

DEPRESIÓN ANSIOSA

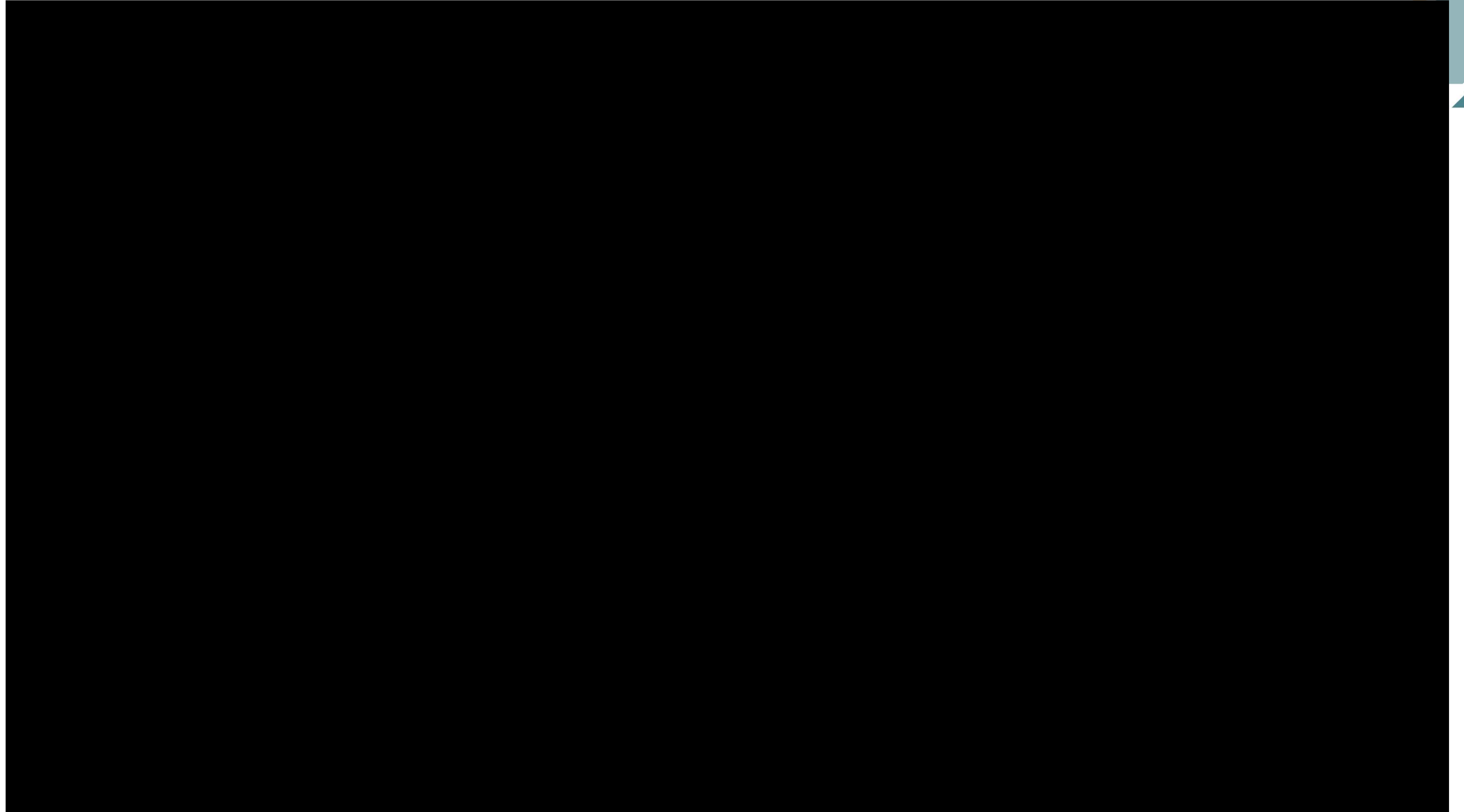
IMPACTO EN EL CURSO CLÍNICO Y EVOLUCIÓN:

- Comorbilidad TDM-ANSIEDAD se asocia a cronicidad y peores resultados clínicos.
- Mayores tasas de ingreso.
- Menores tasas de remisión.
- Mayor severidad depresiva.
- Mayor riesgo de suicidio.
- Peor calidad de vida.
- Mayor deterioro social y ocupacional.
- Incremento de la comorbilidad con condiciones somáticas como asma, diabetes e HTA.
- Por subtipos: mayor severidad depresiva en TAG y Ansiedad Social.
- El especificador de ansiedad de DSM 5 podría tener utilidad en la identificación de subgrupo de TDM en riesgo de peores resultados (que no se capta con los criterios DSM para trastornos de ansiedad).

DEPRESIÓN ANSIOSA

IMPACTO EN EL TRATAMIENTO:

- **Peor respuesta al tratamiento que aquellos con “depresión pura”.**
- **Mayor frecuencia de efectos adversos** con el tratamiento antidepresivo.
- Por subtipos: **pacientes con TDM-TAG peor respuesta al tratamiento** que pacientes con TDM-Trastorno de pánico.



MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad

TIRA EL DADO:





Casilla 11: completa los textos

Completa los huecos con las palabras que correspondan (1-12):

Casilla 11

Completa los textos

Comorbilidad:

hasta (1) de los pacientes presentan síntomas mixtos en AP.

Núcleo compartido:

(2) + (3) + (4) (impacto en atención/memoria).

Círculo de mantenimiento:

Ansiedad → (5) y (6) → refuerzo de miedo/evitación.

Depresión → (7) y (8) → reducción de refuerzos/aislamiento.

Puentes clínicos clave: dolor crónico + (9) + (10) (BZD/alcohol) empeoran curso.

Objetivo terapéutico: romper el ciclo con (11) + (12) + seguimiento.

MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Fichas pequeñas (1,1 cm alto)

- síntomas somáticos/dolor
- insomnio
- anhedonia
- consumo de sustancias
- evitación
- 90%
- hipervigilancia
- enlentecimiento cognitivo
- psicoeducación
- rumiación
- higiene del sueño/activación conductual
- activación conductual (déficit)



Casilla 11: completa los textos

Completa los huecos con las palabras que correspondan (1–12):

Casilla 11

Completa los textos



Comorbilidad:

hasta 90% (1) de los pacientes presentan síntomas mixtos en AP.

Núcleo compartido:

insomnio (2) + rumiación (3) + enlentecimiento cognitivo (4) (impacto en atención/memoria).

Círculo de mantenimiento:

Ansiedad → hipervigilancia (5) y evitación (6) → refuerzo de miedo/evitación.

Depresión → anhedonia (7) y activación conductual (déficit) (8) → reducción de refuerzos/aislamiento.

Puentes clínicos clave: dolor crónico + síntomas somáticos/dolor (9) +

consumo de sustancias (10) (BZD/alcohol) empeoran curso.

Objetivo terapéutico: romper el ciclo con psicoeducación (11)

+ higiene del sueño/activación conductual (12) + seguimiento.

MISIÓN ► RESCATE FUNCIONAL

Fichas pequeñas (1,1 cm alto)

síntomas somáticos/dolor

insomnio

anhedonia

consumo de sustancias

evitación

90%

hipervigilancia

enlentecimiento cognitivo

psicoeducación

rumiación

higiene del sueño/activación conductual

activación conductual (déficit)

Mensaje clave: en cuadros mixtos, el tratamiento eficaz no es “solo fármaco”: exige intervenir en sueño, rumiación/evitación, actividad y consumos.

MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad

TIRA EL DADO:





Casilla 17: completa los textos

Completa el algoritmo con las palabras que correspondan (1–13):

Casilla 17

Completa los textos



Algoritmo:

- 1 Confirmar diagnóstico + evaluar (1) (autolítico / laboral) + consumos.
- 2 Medir severidad: (2) (depresión) + (3) (ansiedad).
- 3 Iniciar plan:
 - Leve: (4) + intervenciones de (5) + seguimiento.
 - Moderada/grave o deterioro funcional: iniciar (6) ± psicoterapia + plan de (7) (si BZD).
- 4 Revisión a las (8) semanas: tolerancia, adherencia, sueño, riesgo.
- 5 Re-evaluación a las (9)–(10) semanas (dosis terapéutica):
 - Respuesta adecuada → mantener y consolidar.
 - Respuesta parcial → (11) (optimizar dosis/adherencia) y reforzar no farmacológico.
 - No respuesta → (12) (cambiar/estrategia) + reconsiderar diagnóstico/comorbilidad.
- 6 Tras remisión: mantener tratamiento (13) meses y plan prevención recaídas.

MISIÓN ► RESCATE FUNCIONAL

Fichas pequeñas (1,1 cm alto)

retirada gradual		riesgo			
GAD-7		PHQ-9		cambio	
psicoeducación		estilo de vida			
antidepresivo		optimización			
8	6-12	2	6		



Casilla 17: completa los textos

Completa el algoritmo con las palabras que correspondan (1–13):

Casilla 17

Completa los textos



Algoritmo:

- 1 Confirmar diagnóstico + evaluar **riesgo** (1) (autolítico / laboral) + consumos.
- 2 Medir severidad: **PHQ-9** (2) (depresión) + **GAD-7** (3) (ansiedad).
- 3 Iniciar plan:
 - Leve: **psicoeducación** (4) + intervenciones de **estilo de vida** (5) + seguimiento.
 - Moderada/grave o deterioro funcional: iniciar **antidepresivo** (6) ± psicoterapia + plan de **retirada gradual** (7) (si BZD).
- 4 Revisión a las **2** (8) semanas: tolerancia, adherencia, sueño, riesgo.
- 5 Re-evaluación a las **6** (9)– **8** (10) semanas (dosis terapéutica):
 - Respuesta adecuada → mantener y consolidar.
 - Respuesta parcial → **optimización** (11) (optimizar dosis/adherencia) y reforzar no farmacológico.
 - No respuesta → **cambio** (12) (cambiar/estrategia) + reconsiderar diagnóstico/comorbilidad.
- 6 Tras remisión: mantener tratamiento **6-12** (13) meses y plan prevención recaídas.

MISIÓN ► RESCATE FUNCIONAL

Fichas pequeñas (1,1 cm alto)

retirada gradual		riesgo		
GAD-7		PHQ-9		cambio
psicoeducación		estilo de vida		
antidepresivo		optimización		
8	6-12	2	6	

Mensaje clave: la calidad del tratamiento no depende solo de “elegir fármaco”, sino de **timing de revisiones**, objetivos y decisiones ante respuesta parcial/no respuesta.

MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad

TIRA EL DADO:



Relaciona



Casilla 21: relaciona

Instrucciones (en pantalla)

(puede haber más de 1 de cada válido para cada AD)

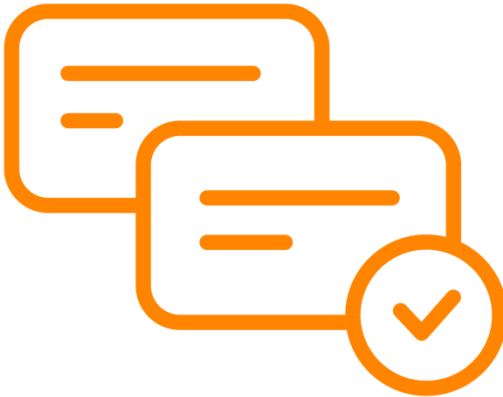
1. Empareja cada antidepresivo con **1 paciente tipo** (mejor encaje).
2. Añade **1 pegatina roja** (precaución/evitar).
3. Para **Juan**, elige **2 opciones razonables** y justifica cuál priorizarías.

Relaciona

Casilla 21: relaciona

Formato de materiales

Mural (Formato A2)



MISIÓN ➡ RESCATE FUNCIONAL

Casilla 21
Relaciona

Antidepresivos	Pacientes tipo	Banderas rojas (elige 1 por emparejamiento)
1) Sertralina (ISRS)		
2) Escitalopram (ISRS)		
3) Venlafaxina (IRSN)		
4) Duloxetina (IRSN)		
5) Mirtazapina (NaSSA)		
6) Bupropión (NDRI)		
7) Vortioxetina (multimodal)		

Relaciona

Casilla 21: relaciona

Formato de materiales

Fichas (19 cm x 3 cm)

Cada ficha estará repetida
4 veces ya que no hay una
única respuesta correcta.



a) JUAN (caso): conductor profesional; depresión + ansiedad; insomnio; quejas de concentración/rumiación; uso de BZD; prioridad = seguridad y recuperación funcional .	η) Alta preocupación por disfunción sexual (precaución).
b) Depresión + dolor crónico relevante (lumbalgia/neuropático) con ánimo bajo.	ε) Prolongación QT /riesgo QT (precaución).
c) Depresión con insomnio marcado + pérdida de apetito/peso (sin conducción).	β) HTA/taquicardia (vigilar/evitar según caso).
d) Depresión con anergia/apagamiento y preocupación por disfunción sexual.	ζ) Náuseas /intolerancia GI marcada (precaución).
e) Depresión con alto componente cognitivo (concentración/memoria) y deterioro funcional.	α) Sedación/somnolencia o enlentecimiento psicomotor (crítico si conduce).
f) Depresión + ansiedad intensa con mala respuesta previa a otro antidepressivo o síntomas muy somáticos.	γ) Riesgo convulsivo / TCA / alcohol elevado (evitar).
g) Paciente con alto riesgo de QT / polimedicación (distractor o extra).	e) Depresión con alto componente cognitivo (concentración/memoria) y deterioro funcional.
	δ) Tendencia a aumento de peso (precaución).
	θ) Activación/ansiedad inicial marcada (precaución si ansiedad intensa o insomnio severo).

Segunda etapa: camino terapéutico

Prueba 3 – Solución (propuesta razonable)

Para Juan (elige 2 y debate)

Opción 1 (muy razonable):
Vortioxetina (foco rendimiento/cognición + funcionalidad + seguridad (comorbilidades y dolor) + vigilar **náuseas**).

Opción 2 (muy razonable):
Sertralina o Escitalopram (si domina ansiedad) + vigilar **activación inicial**, disfunción sexual (y QT en escitalopram).

Evitar/prudencia especial:
Mirtazapina por sedación si debe conducir; **BZD** como “solución” (solo puente corto con plan de retirada).

MISIÓN ➡ RESCATE FUNCIONAL

Casilla 21
Relaciona

Antidepresivos	Pacientes tipo	Banderas rojas (elige 1 por emparejamiento)
1) Sertralina (ISRS)	g) Paciente con alto riesgo de QT / polimedicación (distractor o extra).	η) Alta preocupación por disfunción sexual (precaución).
2) Escitalopram (ISRS)	a) JUAN (caso): conductor profesional; depresión + ansiedad; insomnio; quejas de concentración/rumiación; uso de BZD; prioridad = seguridad y recuperación funcional .	ε) Prolongación QT/riesgo QT (precaución).
3) Venlafaxina (IRSN)	f) Depresión + ansiedad intensa con mala respuesta previa a otro antidepresivo o síntomas muy somáticos.	β) HTA/taquicardia (vigilar/evitar según caso).
4) Duloxetina (IRSN)	b) Depresión + dolor crónico relevante (lumbalgia/neuropático) con ánimo bajo.	ζ) Náuseas/intolerancia GI marcada (precaución).
5) Mirtazapina (NaSSA)	c) Depresión con insomnio marcado + pérdida de apetito/peso (sin conducción).	α) Sedación/somnolencia o enlentecimiento psicomotor (crítico si conduce).
6) Bupropión (NDRI)	d) Depresión con anergia/apagamiento y preocupación por disfunción sexual.	γ) Riesgo convulsivo / TCA / alcohol elevado (evitar).
7) Vortioxetina (multimodal)	e) Depresión con alto componente cognitivo (concentración/memoria) y deterioro funcional.	ζ) Náuseas/intolerancia GI marcada (precaución).

Segunda etapa: camino terapéutico

Justificación breve (centrada en Juan: seguridad + funcionalidad)

Cómo elegir con criterio clínico en un conductor profesional

Prioridad 1:

Seguridad vial

Evitar fármacos/estrategias que aumenten sedación o enlentecimiento (y vigilar interacciones con BZD/alcohol).

Prioridad 2:

Recuperación funcional

Si hay quejas cognitivas/atencionales relevantes, tiene sentido priorizar un perfil que favorezca funcionamiento.

Prioridad 3:

Ansiedad + sueño

Manejar ansiedad sin “tapar” con BZD crónica; higiene de sueño + plan de retirada gradual.

Prioridad 4:

Regla práctica

2 semanas = tolerancia/adherencia/seguridad; 6–8 semanas = evaluar respuesta y ajustar.

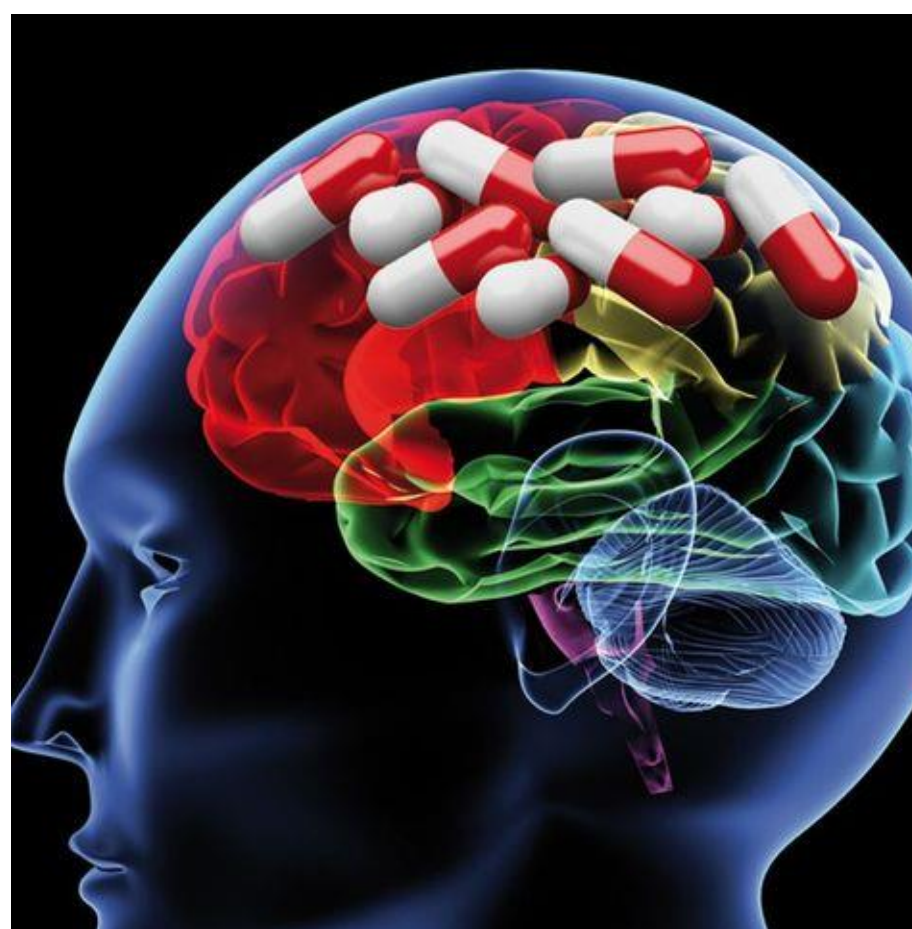
Banderas rojas clave en Juan:

Sedación (α), activación inicial (θ), consumo/retirada BZD y seguridad laboral.

Evidencia

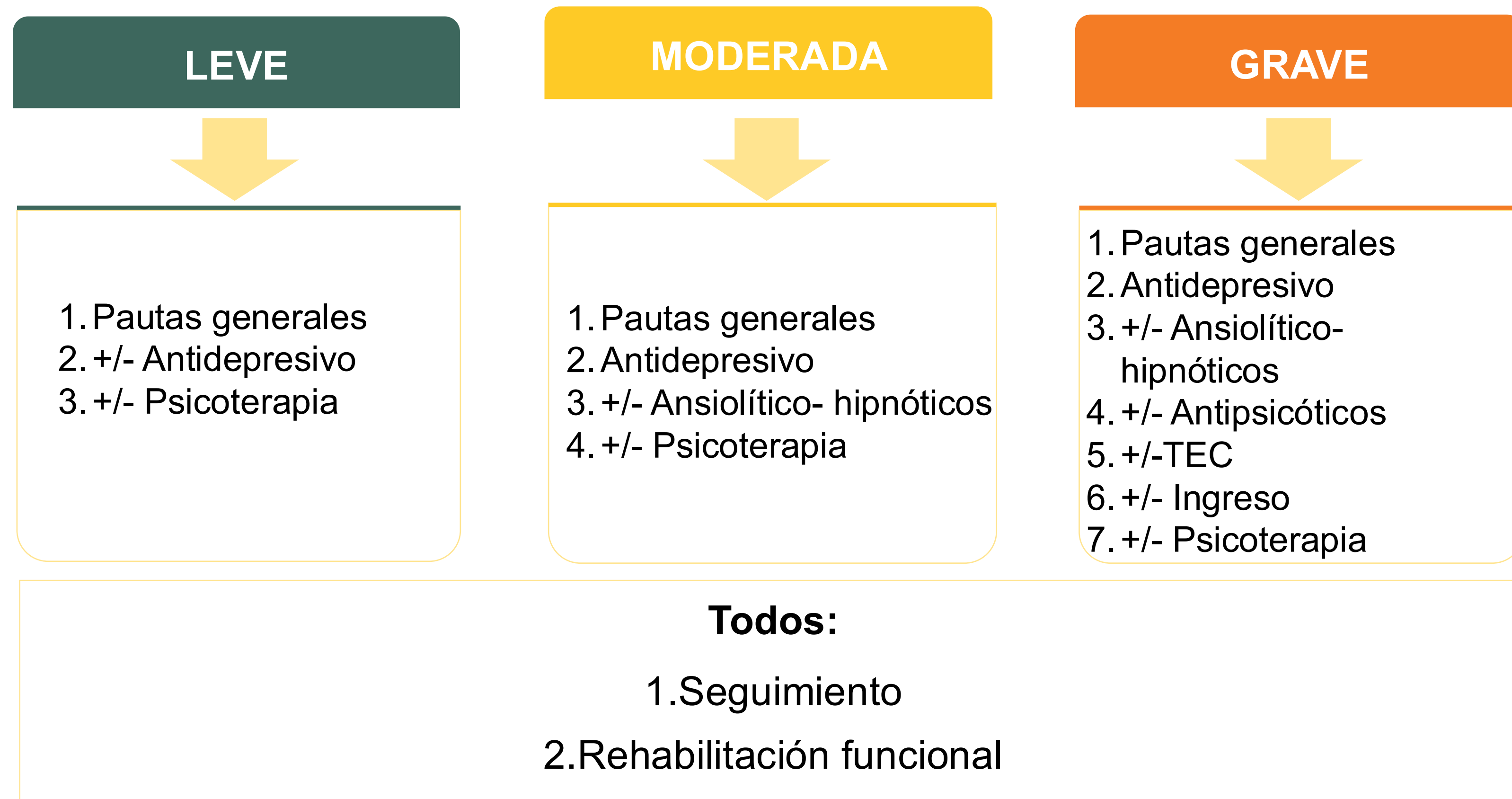
DEPRESIÓN: Abordaje y tratamiento multidisciplinar

- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO
- TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO
- INTERVENCIÓN SOCIAL (prescripción social)



DEPRESIÓN: Abordaje y tratamiento multidisciplinar

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



DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Factores a considerar en la elección (adaptado Bauer et al. 2013 y Kennedy et al, 2016)

Características clínicas, gravedad y predominio sintomático

Presencia de comorbilidades

Mecanismo de acción y perfil de eficacia del antidepresivo

Perfil de tolerabilidad a corto y medio plazo

Perfil de interacciones

1. De Diego-Adeliño, J. Abordaje del paciente con depresión mayor. Libro Blanco de depresión y suicidio. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). 2020;43-52; 2. Guo, T., et al. American Journal of Psychiatry, 2015;172(10), 1004-1013; 3. Habert J., et al. Prim Care Companion CNS Disord. 2016 Sep 1;18(5); 4. Bauer M, et al. International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice, 2017;21(3):166–176; 5. Kennedy, S. H., et al. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016;61(9), 540-560.

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento

Benzodiacepinas

- Las BZD son la forma más rápida y barata de tratar la ansiedad y el insomnio.
- El tratamiento con BZD no debería ser el tratamiento de primera elección sino un tratamiento alternativo en casos concretos.
- Progresivo aumento de la prescripción y consumo de ansiolíticos e hipnóticos en los últimos años (predominio en género femenino y aumento preocupante de uso entre los jóvenes).
- Uso o mal uso: no siempre se prescriben o utilizan en indicaciones que lo requieran o durante un tiempo o posología adecuada.
- Automedicación.
- Menor resiliencia y medicalización de circunstancias de la vida no patológicas.
- Tolerancia y riesgo de dependencia.

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento

Benzodiacepinas

- Sería recomendable el **uso a corto plazo de benzodiacepinas si la ansiedad, agitación y/o insomnio son problemáticos al inicio** del tratamiento antidepresivo.
- El uso concomitante de las benzodiacepinas al inicio del tratamiento con AD en los pacientes con ansiedad y depresión ansiosa es una estrategia que puede **facilitar la adherencia terapéutica, minimizando los abandonos de tratamiento por los fenómenos en relación con la posible aparición de efectos secundarios iniciales y con el periodo de latencia del efecto terapéutico.**
- Preferible uso de benzodiacepinas de **vida media intermedia-larga.**

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento

Benzodiacepinas

Se recomienda que los beneficios potenciales de las benzodiacepinas de forma concomitante sean evaluados con los **posibles perjuicios**:

- Sedación
- Afectación a nivel psicomotor y cognitivo
- Potenciación de otros fármacos depresores del SNC
- Desarrollo de dependencia
- Síndrome de discontinuación
- No deberían administrarse benzodiacepinas con antecedentes o actual TUS.
- Se recomienda un periodo máximo de administración de entre 4 a 6 semanas (hasta que el antidepresivo se muestre eficaz).

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento

Benzodiacepinas

Tabla 1. Propiedades farmacológicas y usos clínicos de las BZD más utilizadas (Dominguez V, 2016; Danza A, 2009; AEMPS, 2020).				
Fármaco	Dosis típica	Vida media	Inicio de acción	Uso clínico
Loprazolam (Somnovit)	1-2 mg/24 h	Intermedia	Rápido	Hipnótico
Midazolam (Dormicum)	7,5-15 mg/24 h	Corta	Intermedio	Hipnótico
Lormetazepam (Noctamid)	1-2 mg/24 h	Intermedia	Rápido	Hipnótico
Flurazepam (Dormodor)	30 mg/24 h	Larga	Rápido	Hipnótico
Diazepam (Valium)	5-10 mg/8 h	Larga	Rápido	Anticonvulsivante, ansiolítico Deprivación alcohólica Trastorno de ansiedad generalizada
Lorazepam (Orfidal)	1-5 mg/8 h	Intermedia	Intermedio	Ansiolítico Hepatópatas, polimedicados Trastorno de ansiedad generalizada
Bromazepam (Lexatin)	1,5-3 mg/8 h	Intermedia	Rápido	Ansiolítico
Clonazepam (Rivotril)	0,5-2 mg/8 h	Larga	Rápido	Ansiolítico
Alprazolam (Trankimazin)	0,5 mg/8 h	Intermedia	Intermedio	Ansiolítico Trastorno de pánico, crisis de ansiedad
Clorazepato (Tranxilium)	5-10 mg/8 h	Larga	Intermedio	Ansiolítico
Ketazolam (Sedotime)	15 mg/8 h	Larga	Intermedio	Ansiolítico

Tabla 2. Aproximación de equivalencia de dosis de BZD.	
Benzodiacepina	Dosis aproximada equivalente a 5 mg de diazepam
Clonazepam	0,25
Lormetazepam	1
Lorazepam	1
Alprazolam	0,5
Flurazepam	15
Midalozam	7,5
Clorazepato	7,5

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento

Benzodiacepinas: Desprescripción

Protocolo de Retirada Gradual de Benzodiacepinas Guía de Prescripción Terapéutica de la Agencia Española del Medicamento

Las benzodiacepinas se pueden retirar en fases QUINCENALES de aproximadamente UN OCTAVO (entre 1 décimo a 1 cuarto) de la dosis diaria.

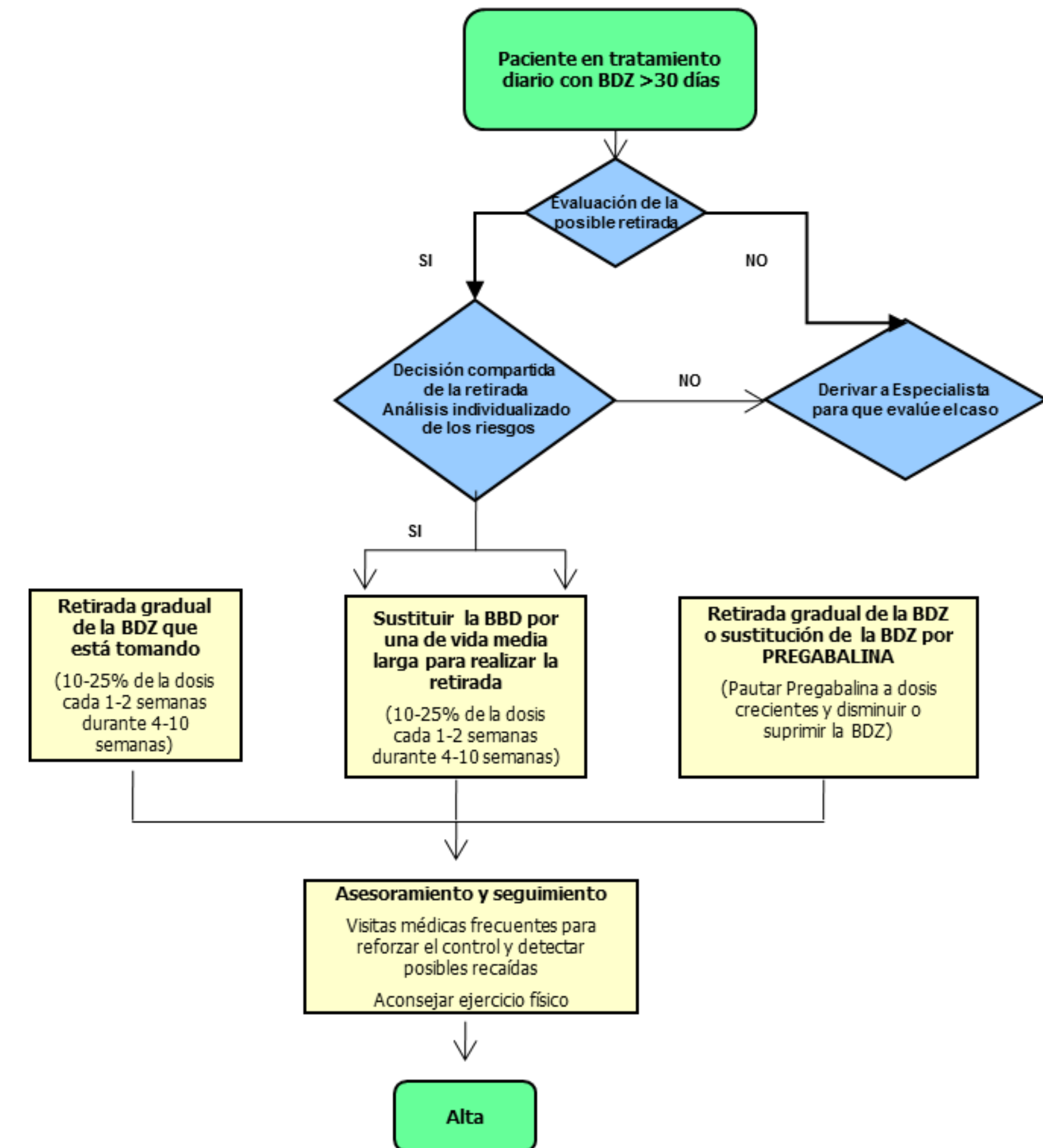
Cambiar el tratamiento del paciente por una dosis equivalente de diazepam (10 mg = 0,5 mg de alprazolam o 1 mg de lorazepam) o clonazepam (0,5 mg = 0,5 mg de alprazolam o 1 mg de lorazepam), preferiblemente por la noche (o la mayor parte de la dosis).

Reducir la dosis cada 2-3 semanas (2,5 mg de diazepam o 0,25 mg de clonazepam). Si aparecen síntomas de abstinencia, mantener la dosis hasta que mejoren.

Reducir la dosis paulatinamente, si fuera necesario en escalones menores; es preferible reducir la dosis con una lentitud excesiva que con una premura exagerada. Ambos diazepam y clonazepam tienen presentación en solución (1 gota = 0,1 mg).

Suspender completamente la medicación: el tiempo necesario puede variar desde unas 4 semanas hasta 1 año o más.

ALGORITMO PARA LA RETIRADA DE BDZ E HIPNÓTICOS

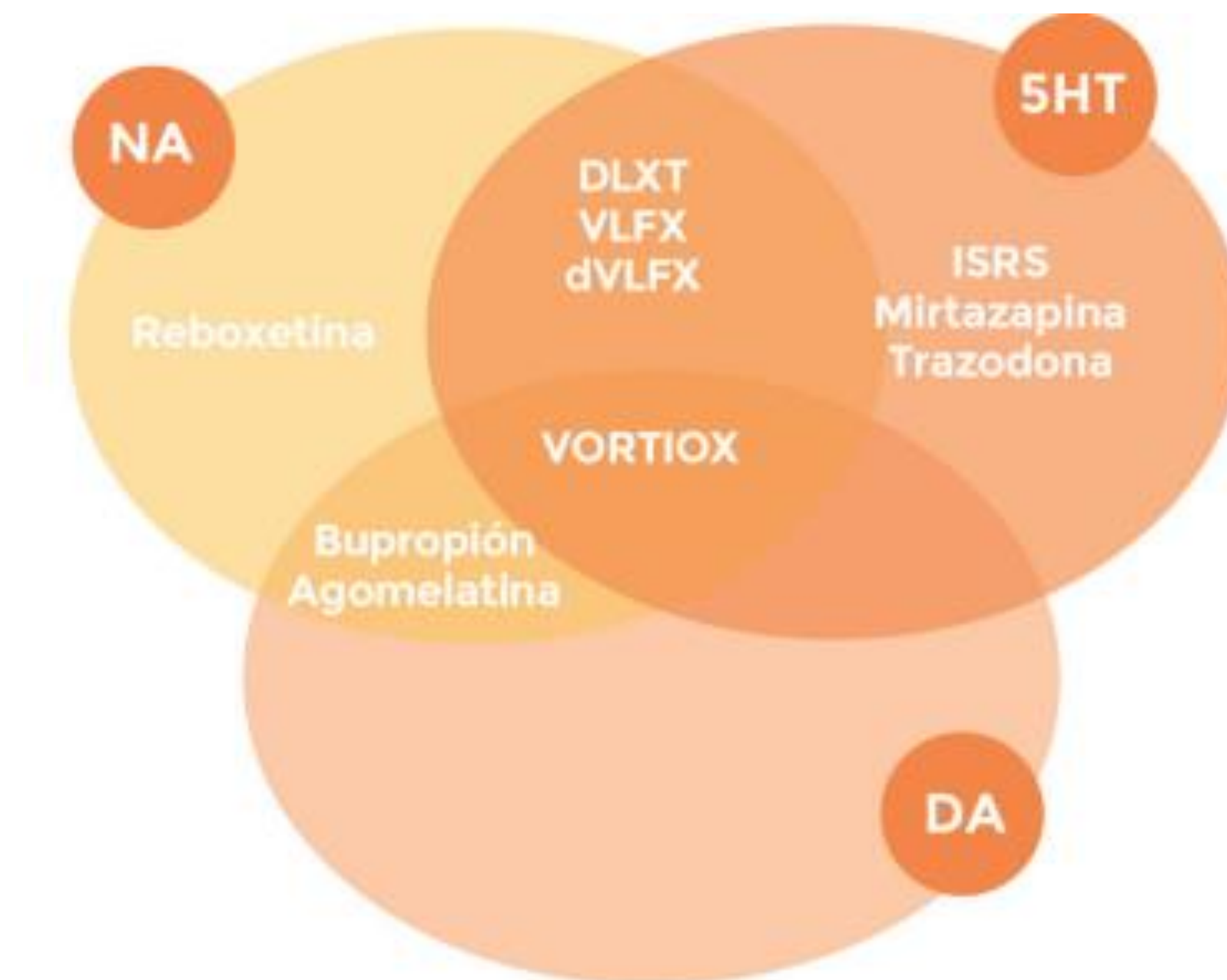


DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

GRUPO	MECANISMO DE ACCIÓN	FÁRMACO
ANTIDEPRESIVOS TRICÍCLICOS (ADT) Y TETRACÍCLICOS	Inhibidores de recaptación de noradrenalina (NA) y serotonina (5-HT) y bloqueantes de receptores aminérgicos	Amitriptilina, Clomipramina, Nortriptilina
	Antagonistas de autorreceptores de α_2	Mianserina
INHIBIDOR SELECTIVO DE RECAPTACIÓN DE 5-HT (ISRS)	Inhibidores del transportador de 5-HT	Fluvoxamina, Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram
INHIBIDOR DE RECAPTACIÓN DE 5-HT Y NA (IRSN)	Inhibición del transportador de 5-HT y de NA	Venlafaxina, Duloxetina, Desvenlafaxina
INHIBIDOR RECAPTACIÓN DE DA Y NA (IRDN)	Inhibición del transportador de DA y de NA	Bupropion.
INHIBIDOR RECAPTACIÓN DE NA (ISRN)	Inhibición selectiva del transportador NA	Reboxetina
NORADRENÉRGICOS Y SEROTONINÉRGICOS ESPECÍFICOS (NASSA)	Inhibición de auto y heterorreceptores α_2 : aumento liberación NA y 5-HT. Antagonismo 5HT2 y 5HT3.	Mirtazapina
AGONISTA DE RECEPTORES MELATONINA	Estimula R-MT1 y MT2 y bloquea receptores 5-HT2C. Liberación NA y DA a nivel prefrontal.	Agomelatina
MODULADOR MULTIMODAL	Inhibidor del transportador de 5-HT y afinidad por diversos R 5-HT	Vortioxetina

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Mecanismo de acción y perfil clínico

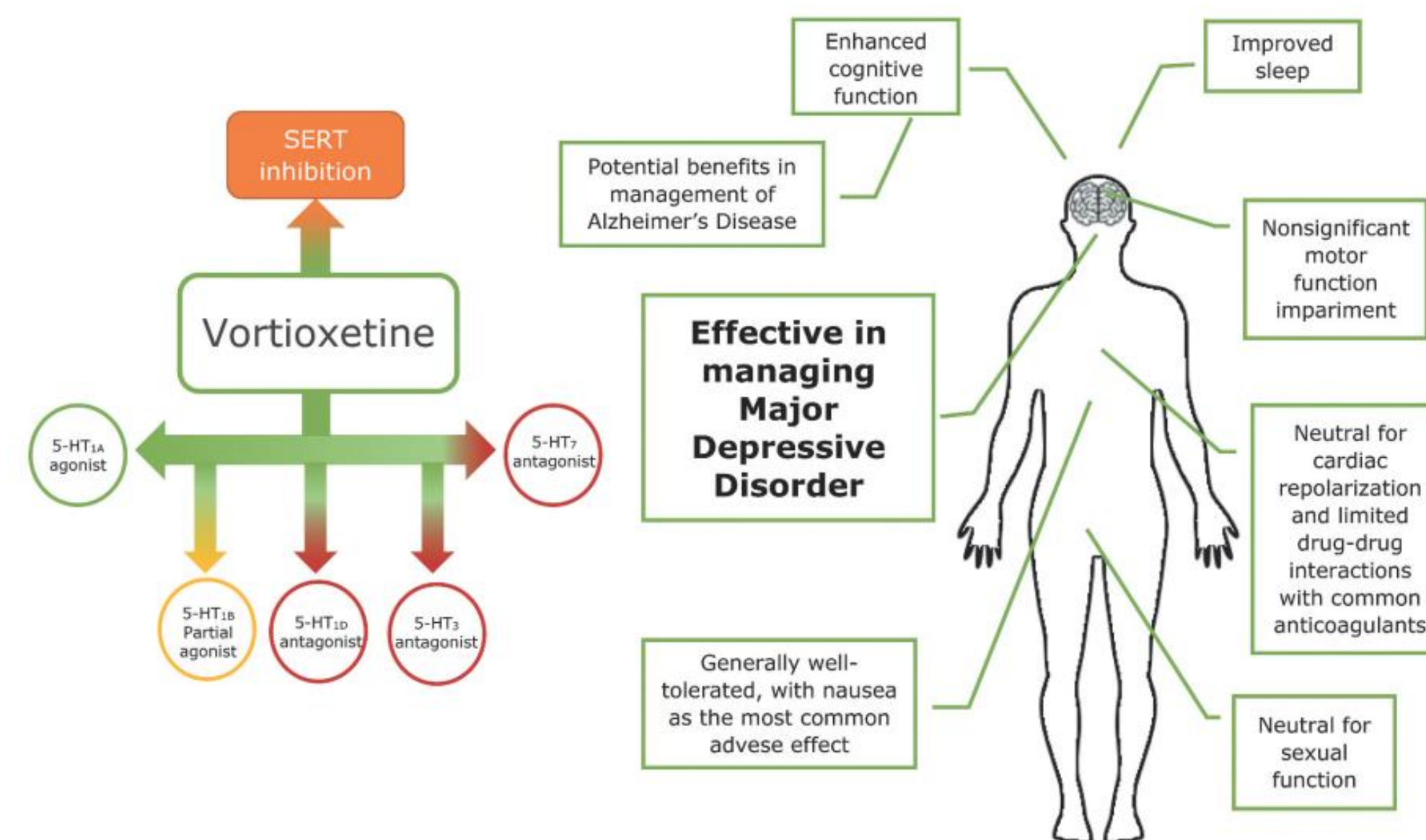


DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

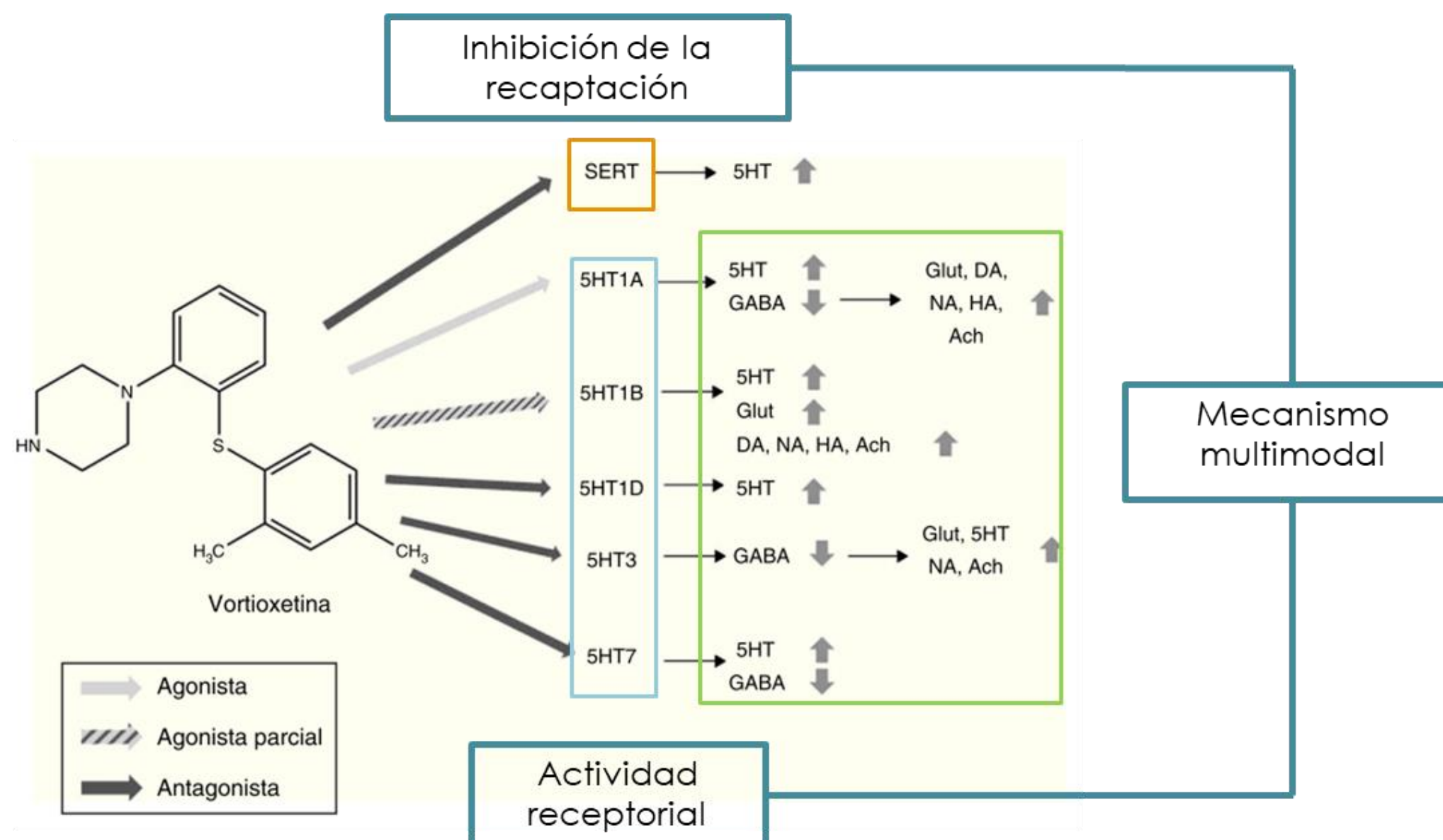
Mecanismo de acción y perfil clínico

VORTIOXETINA

Effects of multimodal activity of vortioxetine



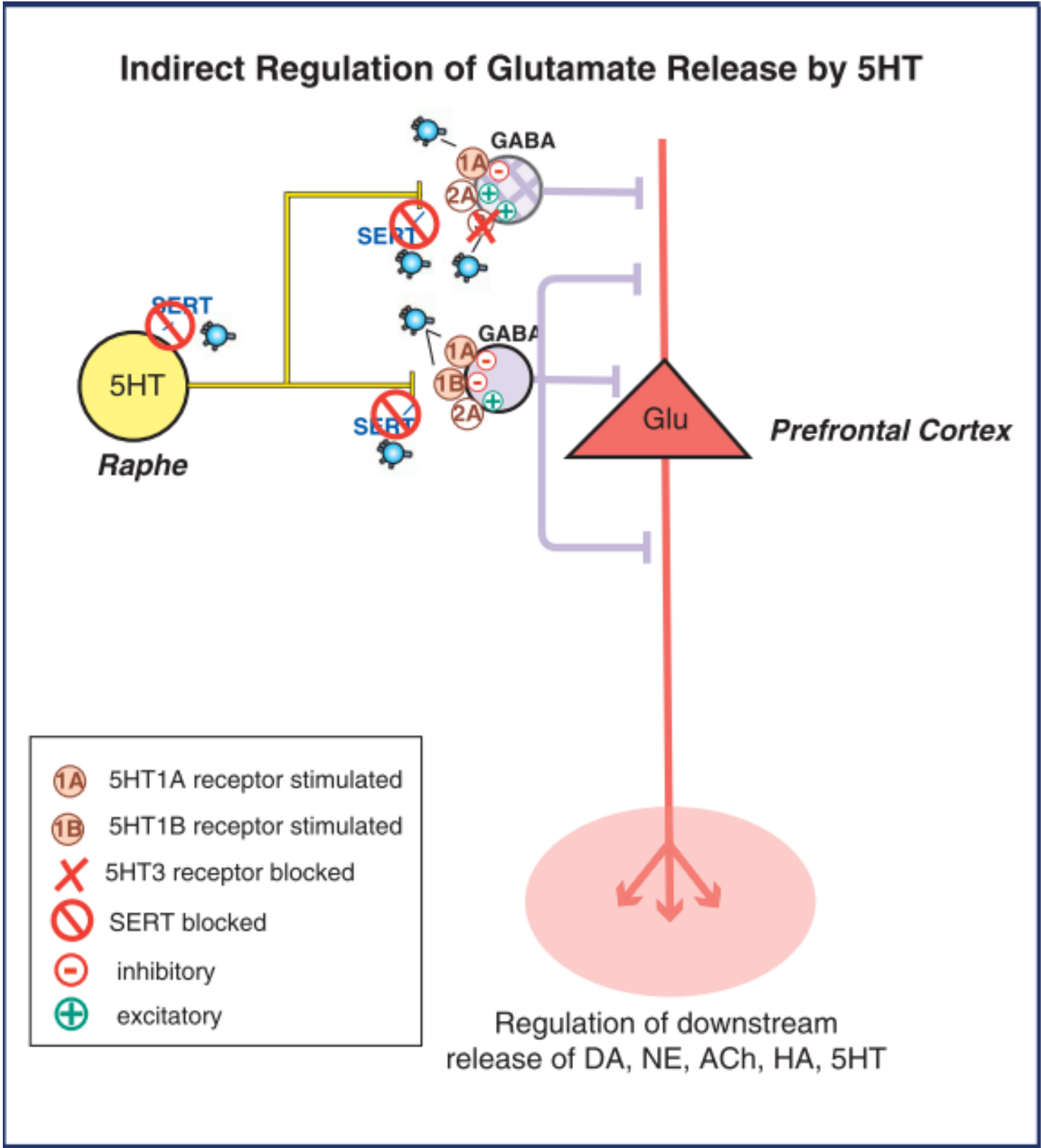
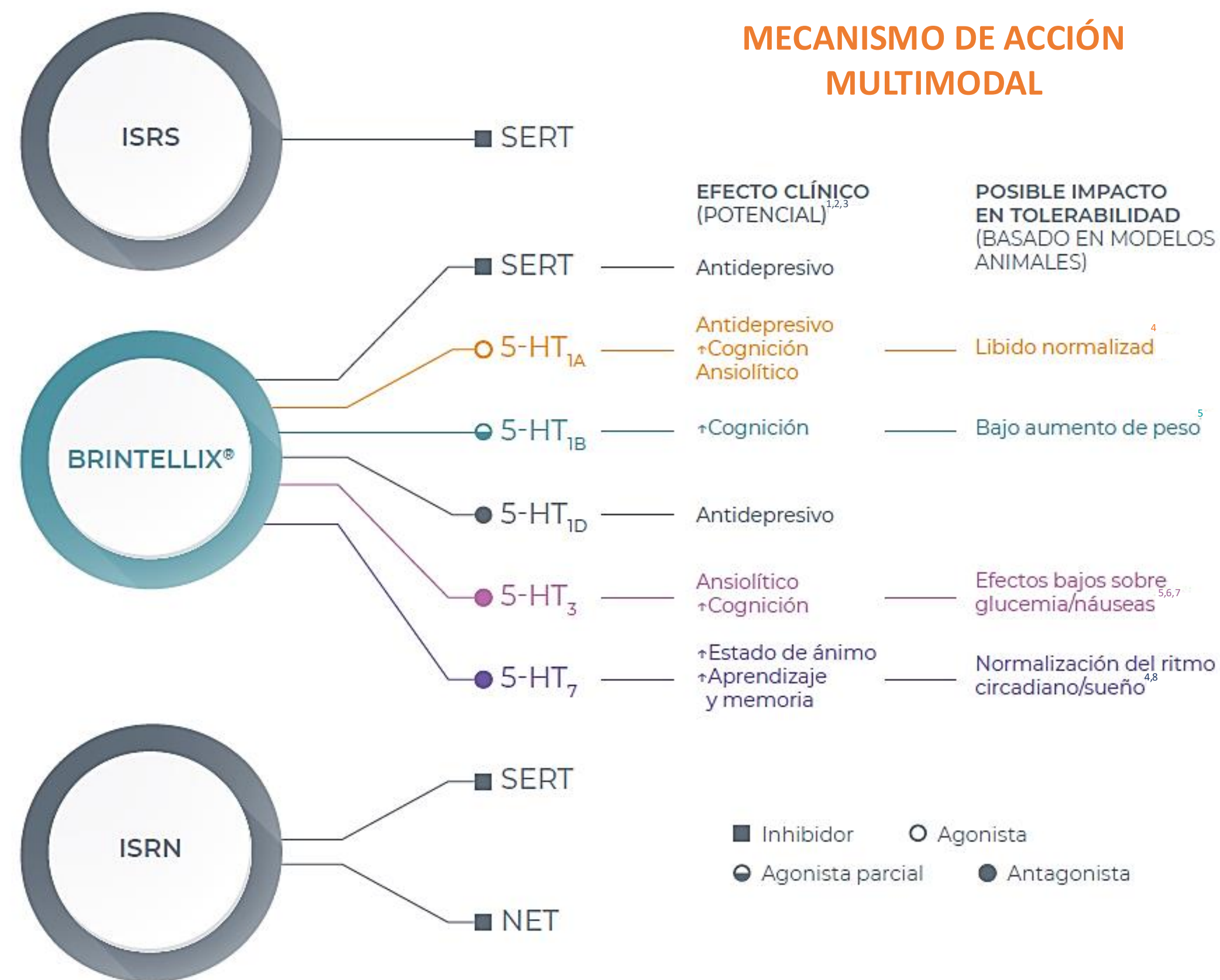
Vortioxetina actúa mediante dos mecanismos de acción



“Más allá de los ISRS e IRSN...”

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Mecanismo de acción y perfil clínico



1. Filip M, Bader M. Pharmacol Rep 2009;61:761-77; 2. Lam DD et al. Pharmacol Biochem Behav 2010;97:84-91; 3. Vanover KE, Davis RE. Nat Sci Sleep 2010;2:139-50; 4. Halford JC et al. Handb Exp Pharmacol 2012;209:349-56; 5. Millan MJ. Pharmacol Ther 2006;100:135-370; 6. Millan MJ. Neurotherapeutics 2009;6:53-77; 7. Bonaventure P et al. J Pharmacol Exp Ther 2007;321:690-8; 8. C. Sanchez et al. / Pharmacology & Therapeutics 145 (2015) 43–57; 9. Stahl SM. CNS Spectrums (2015), 20, 331–336.

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Mecanismo de acción y perfil clínico

Target	Effect	Activity
SERT inhibitor	Increase of 5-HT in the prefrontal cortex	Antidepressant activity
Full agonist 5-HT 1A Presynaptic autoreceptors	Acceleration of the receptor desensitisation	Reduction of the latency of action
Full agonist 5-HT 1A Postsynaptic receptors	Inhibition of the GABAergic interneurons (+) Release of Glu, NA, DO, Ach and Hist in the prefrontal cortex	Pro-cognitive activity
Partial agonist 5-HT 1B Presynaptic autoreceptors	Increase of 5-HT	Antidepressant activity Pro-cognitive activity
Partial agonist 5-HT 1B Postsynaptic receptors	Inhibition of the GABAergic interneurons (+) Release of Glu, NA, DO, Ach and Hist in the prefrontal cortex and hippocampus	Pro-cognitive activity
Antagonist 5-HT 1D Presynaptic autoreceptors	Increase of 5-HT	Improvement in Sleep
Antagonist 5-HT 3 Postsynaptic receptors	Inhibition of the GABAergic interneurons (+ + +) Release of Glu, NA Ach in the prefrontal cortex and hippocampus	Pro-cognitive activity Improvement in sleep
Antagonist 5-HT 3 Postsynaptic receptors (Dorsal horn of the spinal cord) Full occupancy	Reduction of Hyperalgesia	Pain control
Antagonist 5-HT 7 Postsynaptic receptors (Dorsal horn of the spinal cord) 20% occupancy	Increase of Analgesia	Pain control
Antagonist 5-HT 7 Postsynaptic receptors	Inhibition of the GABAergic interneurons of the raphe nuclei (+) Increase of 5-HT, NA, Ach in the medial prefrontal cortex	Improvement in sleep
Increase of IL-4	Regulator of the immune response in the brain Increase of BDNF	Anti-inflammatory phenotype differentiation of the macrophages of the microglia
Increase of BDNF	Brain neuroplasticity	Pro-cognitive activity
5-HT: serotonin; Ach: acetylcholine; BDNF: brain derived neurotrophic factor; DA: dopamine; GABA: gamma-aminobutyric acid; Glu: glutamate; Hist: histamine; IL: interleukin; NA: noradrenaline; SERT: serotonin transporter; VO, vortioxetine.		

VORTIOXETINA

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Mecanismo de acción y perfil clínico

Anhedonia

Vortioxetina

- Síntoma cardinal del TDM
- Reportado por ~75% de los pacientes
- Asociada a peor pronóstico y a respuesta parcial a AD⁵
- Papel central de la **dopamina** en el sistema de refuerzo y la motivación
- Incluye:
 - Respuesta de placer
 - Aprendizaje de la recompensa
 - Motivación

Anticipación del placer:
“wanting”
Relacionado con la
motivación

Consumación del
placer: “liking”
Relacionado con la
experiencia placentera

- Sistema DA: crítico para el “wanting”, no el “liking”
- En depleción de la vía ventral estriatal (*nucleus accumbens*):
 - ↓ *wanting*
 - la respuesta de placer a estímulos disponibles queda intacta

Una manera de evaluar la
anhedonia:
**La toma de decisiones
basada en el esfuerzo**

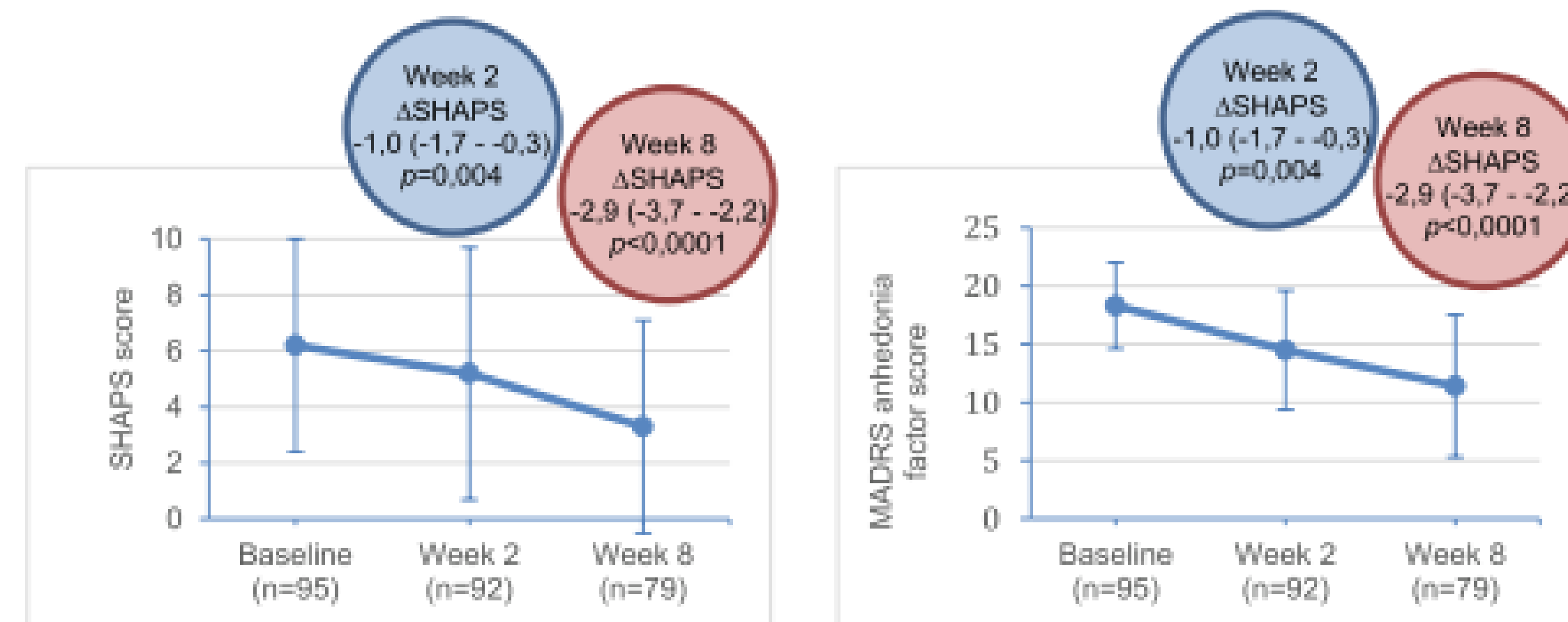


Figure 3. Change from baseline in SHAPS and MADRS anhedonia factor scores with vortioxetine.

SHAPS: Snaith-Hamilton Pleasure Scale; MADRS: Montgomery Åsberg Depression Rating Scale. Reproduced from Cao B, Park C, Subramaniapillai M, et al. The Efficacy of Vortioxetine on Anhedonia in Patients With Major Depressive Disorder. Front Psychiatry. 2019;10:17. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00017.

1. Loas G, Salinas E, Pierson A, et al. Compr Psychiatry. 1994;35(5):366-72. 2. Cao B, Park C, Subramaniapillai M, et al. Front Psychiatry. 2019;10:17. 3. Franken IH, Rassin E, Muris P. J Affect Disord. 2007;99(1-3):83-9. 4. Pan Z, Rosenblat JD, Swardfager W, et al. Curr Pharm. Des 2017;23:2065-72. 5. Buckner JD, Joiner TE Jr, Pettit JW, et al. Psychiatry Res. 2008;159(1-2):25-30. 6. Rømer Thomsen K, Whybrow PC, Kringelbach ML. Front Behav Neurosci. 2015;9:49. 7. De Diego-Adeliño, Javier. EXPERT OPINION ON DRUG SAFETY <https://doi.org/10.1080/14740338.2022.2019705>

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Mecanismo de acción y perfil clínico

Depresión y dolor Vortioxetina

Puntuación VAS
0-3 leve
4-7 moderada
8-10 severo

Pain Ther
<https://doi.org/10.1007/s40122-024-00597-3>

ORIGINAL RESEARCH

Effectiveness of Vortioxetine in Patients with Major Depressive Disorder Associated with Chronic Pain: An Observational Study in a Spanish Population

Jordi Folch Ibáñez · Maribel Vargas Domingo · Joan Coma Alemany ·
Roger Callao Sánchez · Jordi Guitart Vela

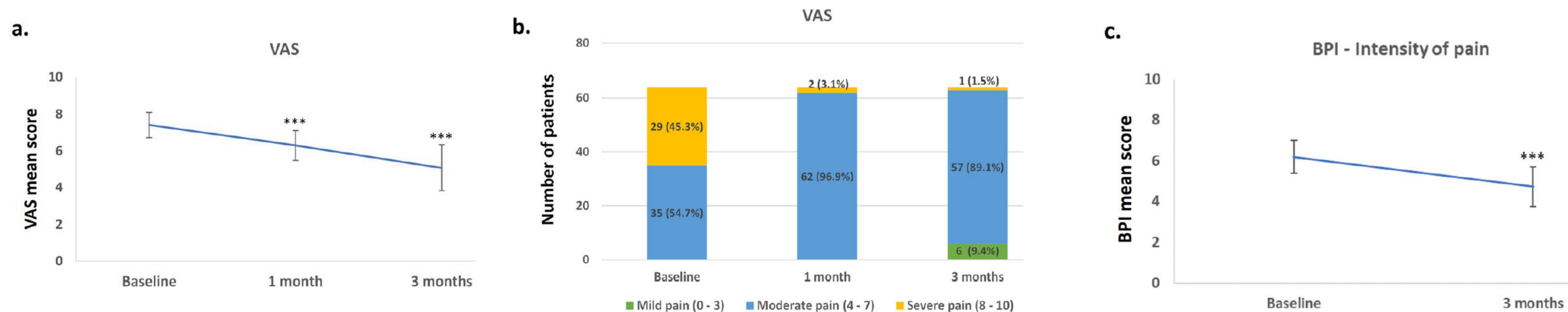


Fig. 2 Pain variations from baseline to 3 months measured by VAS (a and b) and BPI (c and d) scores: a mean VAS score $\pm$ SD; b number and percentage of patients according to intensity of pain, based on VAS score at each timepoint; c intensity of pain and d interference of pain in daily activities, according to BPI scale $\pm$ SD at each time point. *** $p < 0.0001$ with respect to the baseline. BPI Brief Pain Inventory; SD standard deviation; VAS visual analogue scale

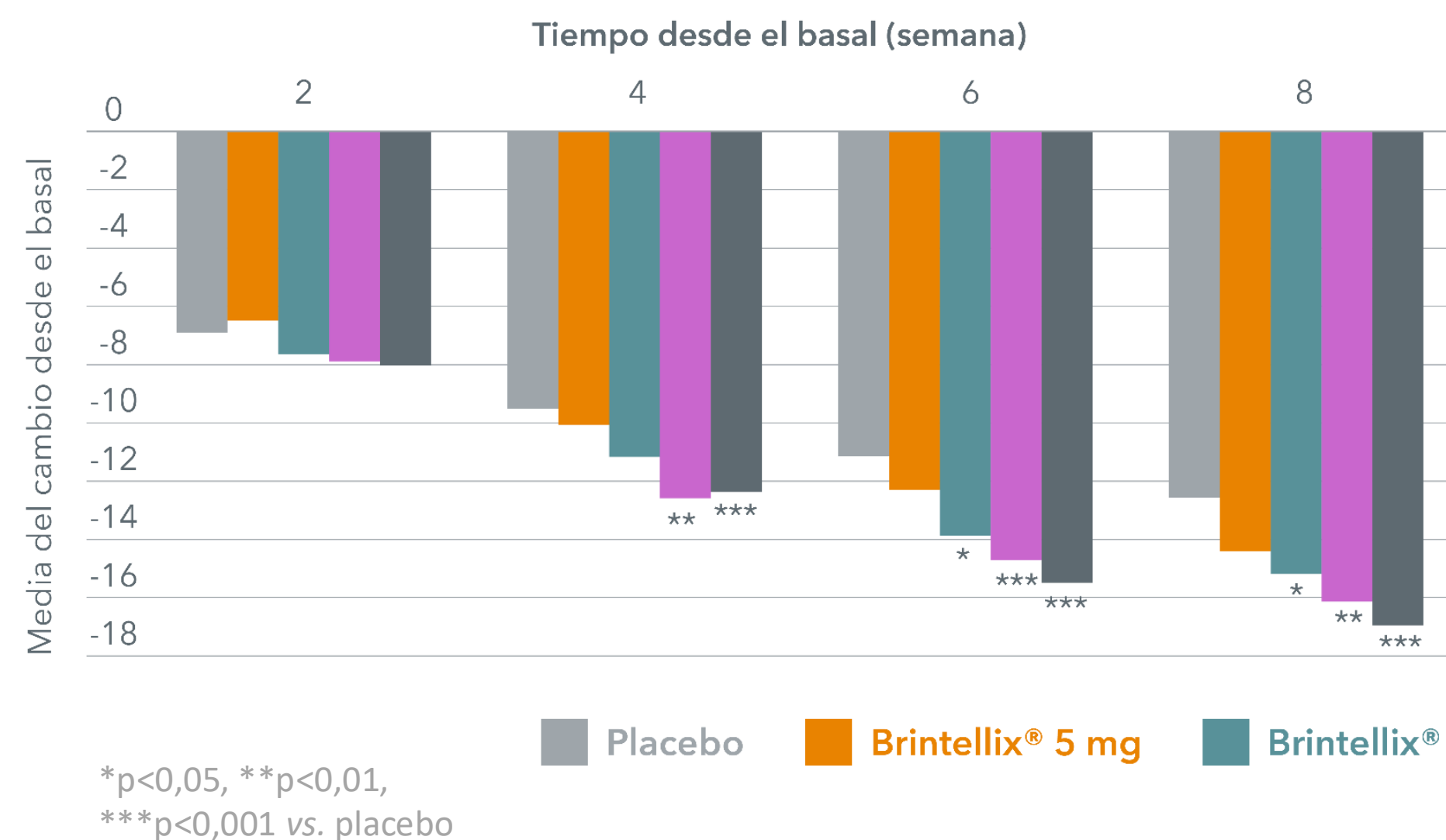
Folch Ibáñez, J., Vargas Domingo, M., Coma Alemany, J., Callao Sánchez, R., & Guitart Vela, J. (2024). Effectiveness of Vortioxetine in Patients with Major Depressive Disorder Associated with Chronic Pain: An Observational Study in a Spanish Population. *Pain and therapy*, 13(3), 621–635

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

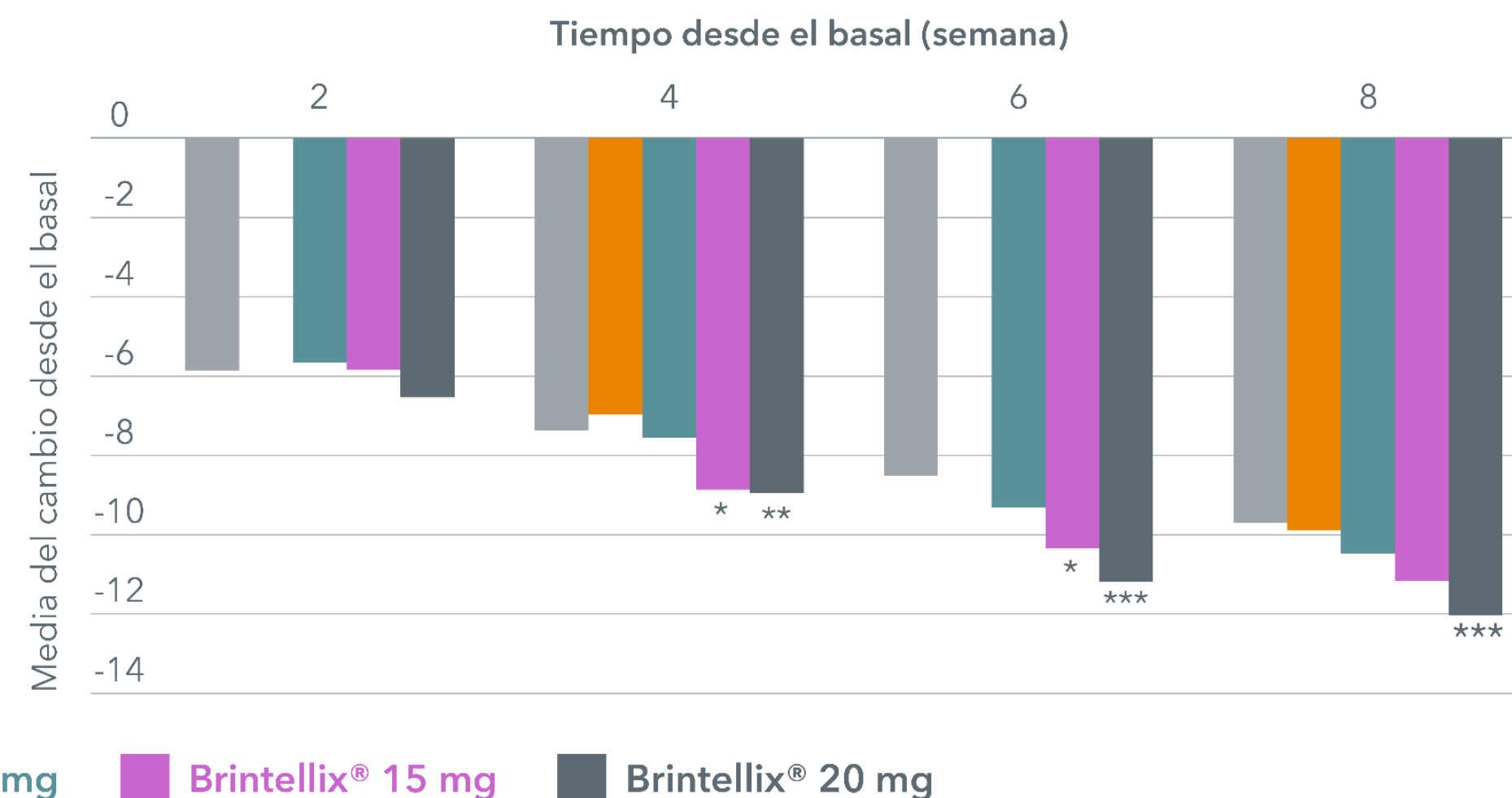
Mecanismo de acción y perfil clínico

En pacientes con TDM y altos niveles de síntomas de ansiedad[†], Brintellix® mejoró los síntomas de depresión[‡] y ansiedad[§], con una clara relación dosis-respuesta¹

Media del cambio en la puntuación total MADRS en las semanas 2, 4, 6 y 8 en pacientes con TDM y altos niveles de ansiedad tratados con Brintellix® 5–20 mg/día (conjunto de análisis completo; análisis MMRM de cuatro estudios de dosis fija controlados con placebo).^{‡1}



Media del cambio en la puntuación total de la HAM-A en las semanas 2, 4, 6 y 8 en pacientes con TDM y altos niveles de ansiedad tratados con Brintellix® 5–20 mg/día (conjunto de análisis completo; análisis MMRM de cuatro estudios de dosis fija controlados con placebo).^{§1}



Brintellix® 20 mg demostró los mayores efectos sobre los síntomas de depresión[‡] y ansiedad[§], y se observaron mejoras estadísticamente significativas frente a placebo a partir de la semana 4¹

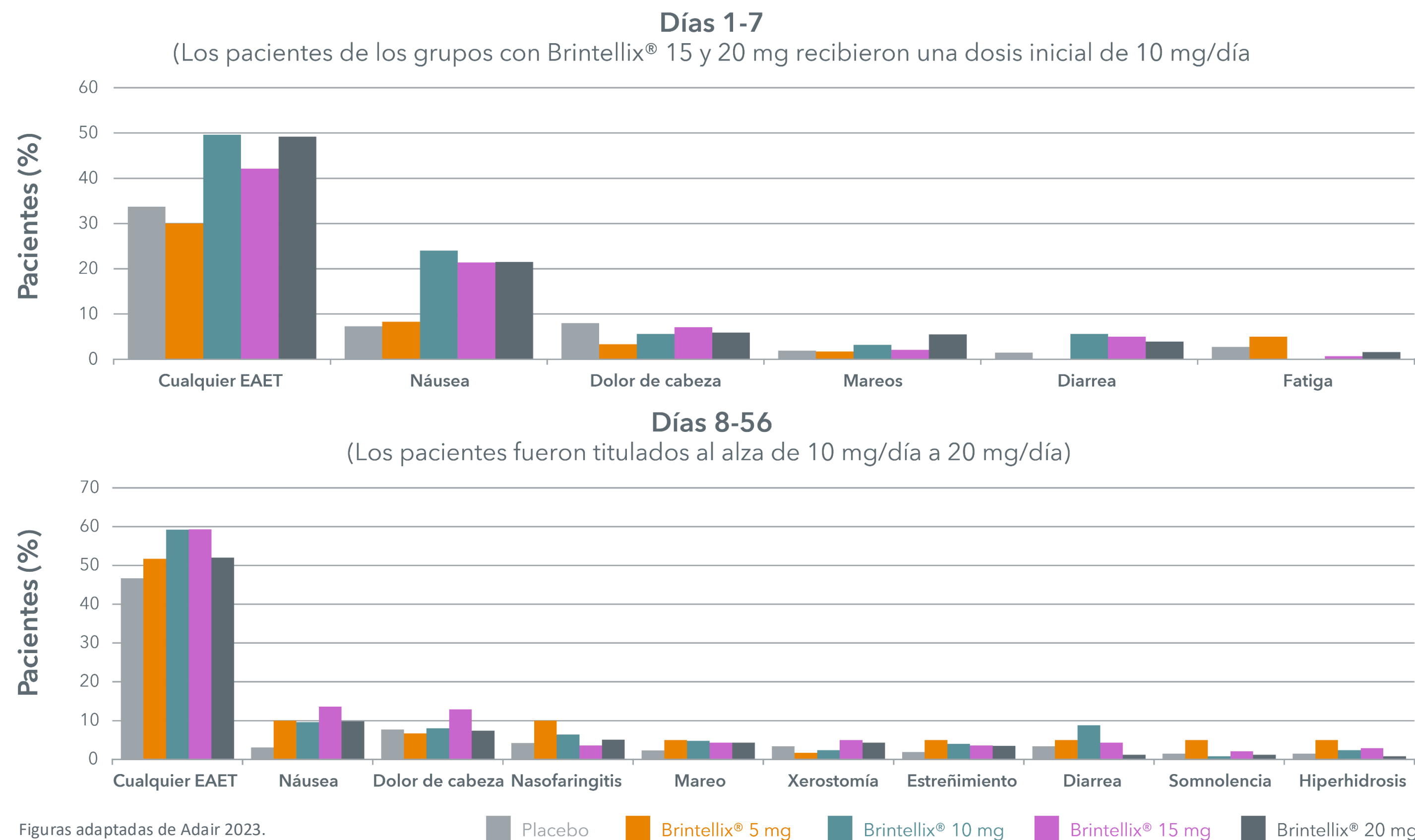
[†]Niveles altos de síntomas de ansiedad (puntuación total HAM-A ≥20). [‡]Según la puntuación total de MADRS. [§]Según la puntuación total de la escala HAM-A. ^{*}Datos agrupados de cuatro estudios aleatorizados, doble ciego, de dosis fija y controlados con placebo de 8 semanas de duración (total n=842; placebo, n=261; Brintellix® 5 mg/día, n=60; Brintellix® 10 mg/día, n=125; Brintellix® 15 mg/día, n=140; Brintellix® 20 mg/día, n=256). No se dispone de datos sobre la puntuación total de la escala HAM-A para Brintellix® 5 mg/día en todos los puntos temporales. ¹ **Abreviaciones:** IC, intervalo de confianza; HAM-A, *Hamilton anxiety rating scale*; MADRS, *Montgomery-Åsberg depression rating scale*; MMRM, modelo de efectos mixtos para medidas repetidas; TDM, trastorno depresivo mayor. **Referencias;** 1. Adair M, Christensen MC, Florea I, et al. Vortioxetine in patients with major depressive disorder and high levels of anxiety symptoms: An updated analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord.* 2023 May 1;328:345-354.

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Mecanismo de acción y perfil clínico

Brintellix® puede incrementarse a 20 mg sin comprometer la tolerabilidad en pacientes con TDM y altos niveles de ansiedad^{†‡1}

Tasas de EAET desde el basal hasta la semana 8 en un análisis agrupado de cuatro estudios controlados con placebo, de dosis fija y de 8 semanas de duración[†]



• El aumento de la dosis de Brintellix® a 20 mg/día no se asoció a un aumento de los efectos adversos^{‡1}

• Independientemente de la dosis de Brintellix®, los efectos adversos más comunes notificados fueron náuseas y cefalea¹

**Brintellix®
fue bien
tolerado en
pacientes con
TDM y TAG
comórbido^{§3}**

[†]Los TEAE del *Medical Dictionary for Regulatory Affairs* son términos preferidos con una incidencia $\geq 5\%$ en al menos un grupo de tratamiento en pacientes con TDM y niveles altos de ansiedad (puntuación total ≥ 20 en la escala HAM-A). Datos basados en un análisis agrupado de cuatro estudios aleatorizados, de dosis fija y controlados con placebo (n=842) de Brintellix® (20 mg/día) en pacientes con TDM y altos niveles de síntomas de ansiedad.¹ *Dependiendo de la respuesta individual del paciente, la dosis podía aumentarse hasta un máximo de 20 mg/día o disminuirse hasta un mínimo de 5 mg/día, según necesidad.² §RELIEVE fue un estudio de cohorte prospectivo, multinacional, observacional, de 24 semanas de duración en pacientes ambulatorios con TDM que iniciaron tratamiento con Brintellix® en la práctica clínica habitual. Este análisis de subgrupos *post-hoc* incluyó pacientes con diagnóstico de TAG (según criterios locales) al inicio del estudio. De los 737 pacientes del estudio RELIEVE, 180 (24,4%) tenían diagnóstico de TAG y formaron la población de FAS-TAG y de seguridad en este análisis de subgrupos *post-hoc*. Los EA notificados con mayor frecuencia durante el período de tratamiento de 24 semanas fueron náuseas (13,3%), ansiedad (3,3%) y dolor de cabeza (2,2%).³ **Abreviaciones:** EAET, eventos adversos emergentes del tratamiento; EAG, eventos adversos graves; FAS, *full analysis set*; HAM-A, *Hamilton anxiety rating score*; TAG, trastorno de ansiedad generalizado; TDM, trastorno depresivo mayor. **Referencias;** 1. Adair M, Christensen MC, Florea I, et al. Vortioxetine in patients with major depressive disorder and high levels of anxiety symptoms: An updated analysis of efficacy and tolerability. *J Affect Disord.* 2023 May 1;328:345-354. 2. Ficha técnica de Brintellix. 3. Almeida SS, Christensen MC, Simonsen K, et al. Effectiveness of vortioxetine in patients with major depressive disorder and co-morbid generalized anxiety disorder in routine clinical practice: A subgroup analysis of the RELIEVE study. *J Psychopharmacol.* 2023 Mar;37(3):279-288.

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Tolerabilidad y efectos secundarios

	Nausea	Vomiting	Constipation	Diarrhea	Dry mouth	Headaches	Dizziness	Somnolence	Nervousness	Anxiety	Agitation	Insomnia	Fatigue	Sweating	Asthenia	Tremor	Anorexia	Incr. appetite
SSRIs																		
Citalopram	21	4		8	19			17	4	3	2		5	11		8	4	
Escitalopram	15		4	8	7	2	6	4	2	2		8	5	3		2	2	2
Fluoxetine	21				10			13	14	12		16		8	9	10	11	
Fluvoxamine			18	6	26	22	15	26	2	2	16	14		11	5	11	15	
Paroxetine	26	2	14	12	18	18	13	23	5	5	2	13		11	15	8	6	1
Sertraline	26	4	8	18	16	20	12	13	3	3	6	16	11	8		11	3	1
SNRIs																		
Desvenlafaxine ¹	22	3	9	11	11	20	13	4	<1	3	0	9	7	10		2	5	2
Duloxetine	20	5	11	8	15		9	7		3		11	8	6		3	8	
Levomilnacipran	17	5	9		10	17	8			2		6		9			3	
Milnacipran ²	37	7	16		5	18	10			4		12		9		2	2	
Venlafaxine-IR		6	15	8	22	25	19	23	13	6	2	18		12	12	5	11	
Venlafaxine-XR	31	4	8	8	12	26	20	17	10	2	3	17		14	8	5	8	
Others																		
Agomelatine	≤9	≤9	≤9	≤9		≥10	≤9	≤9		≤9	<1	≤9	≤9	<1			<1	≤9
Bupropion SR ³	11		≥10	4	≥10	≥10	7	3	5	5		≥10		2	2	3		
Bupropion XL	15	2	10		19		8			5		10		2		4	5	
Mirtazapine			13		25		7								8	2		17
Vilazodone ⁴	24	5		29	7	14	8	5				6	3					3
Vortioxetine ⁵	23	4	4	5	6		5	3				3	3	2			1	

	0-9%
	10-29%
	30% and higher

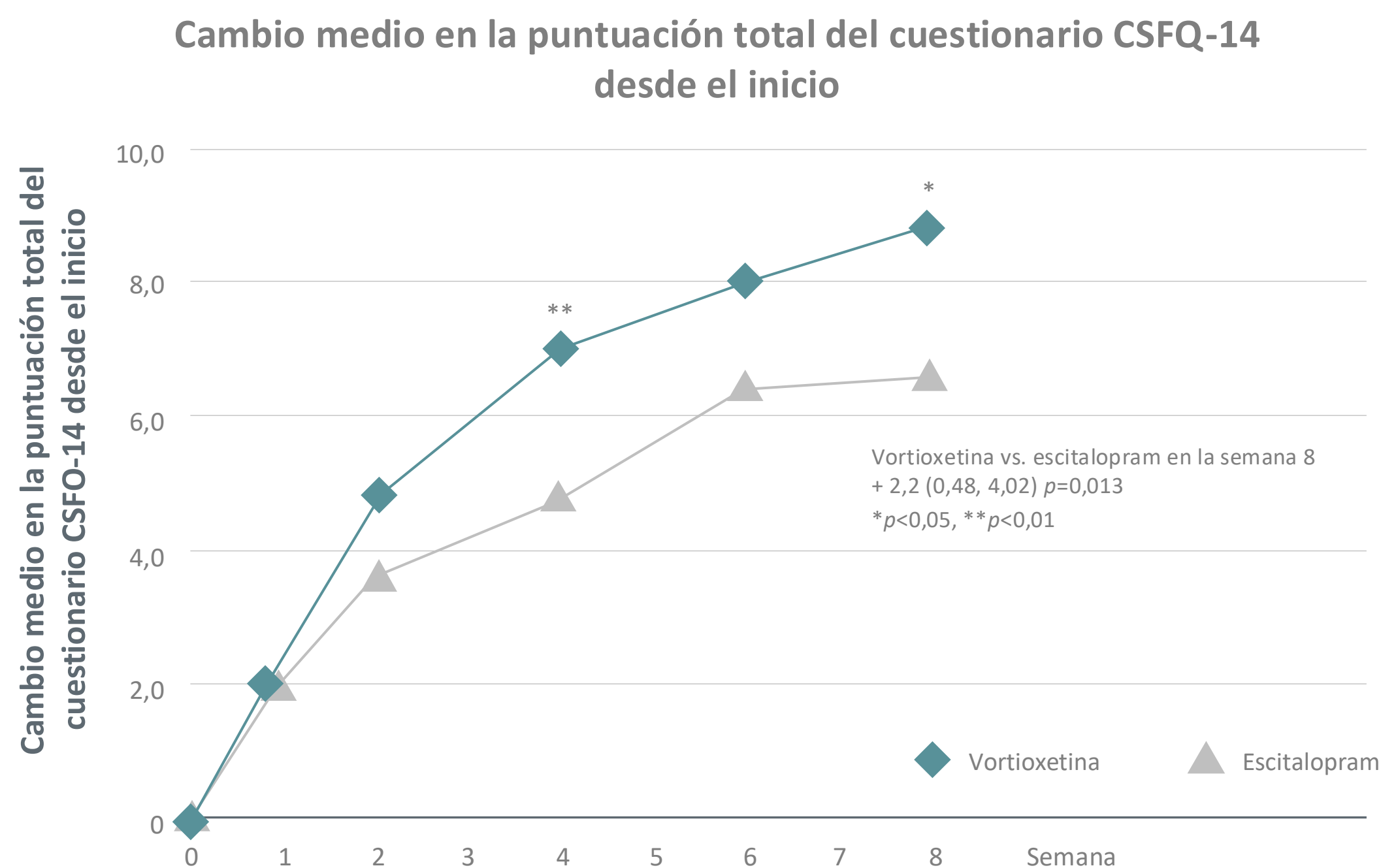
Note. When data from multiple doses were reported separately, the data from the minimum therapeutic dose was used (indicated by footnotes). Percentage rates taken from product monographs (based on clinical trial data and not placebo adjusted). Blank squares indicate no data reported. Not included are the side effects shown in Table 3.5 (sedation, weight gain, and sexual dysfunction).
¹Data from 50 mg dose; ²data from 50 mg dose; ³data from 100–150 mg dose; ⁴data from 40 mg dose; ⁵data from 10 mg dose.



DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

Tolerabilidad y efectos secundarios

Vortioxetina produjo mejoras significativamente superiores que escitalopram en la puntuación total del cuestionario CSFQ-14



Adaptado de: Jacobsen PL, et al.. 2015.

Vortioxetina fue significativamente superior a escitalopram en la mejoría de la disfunción sexual inducida por ISRS¹

CSFQ-14: Cuestionario de Funcionamiento Sexual (del inglés, *Changes in Sexual Functioning Questionnaire - 14 items*); **ISRS:** Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (del inglés, *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*); **TESD:** Disfunción sexual emergente del tratamiento (del inglés, *Treatment-Emergent Sexual Dysfunction*).

1. Jacobsen PL, et al. *J Sex Med.* 2015;12(10):2036-48;

DEPRESIÓN: Elección del tratamiento antidepresivo

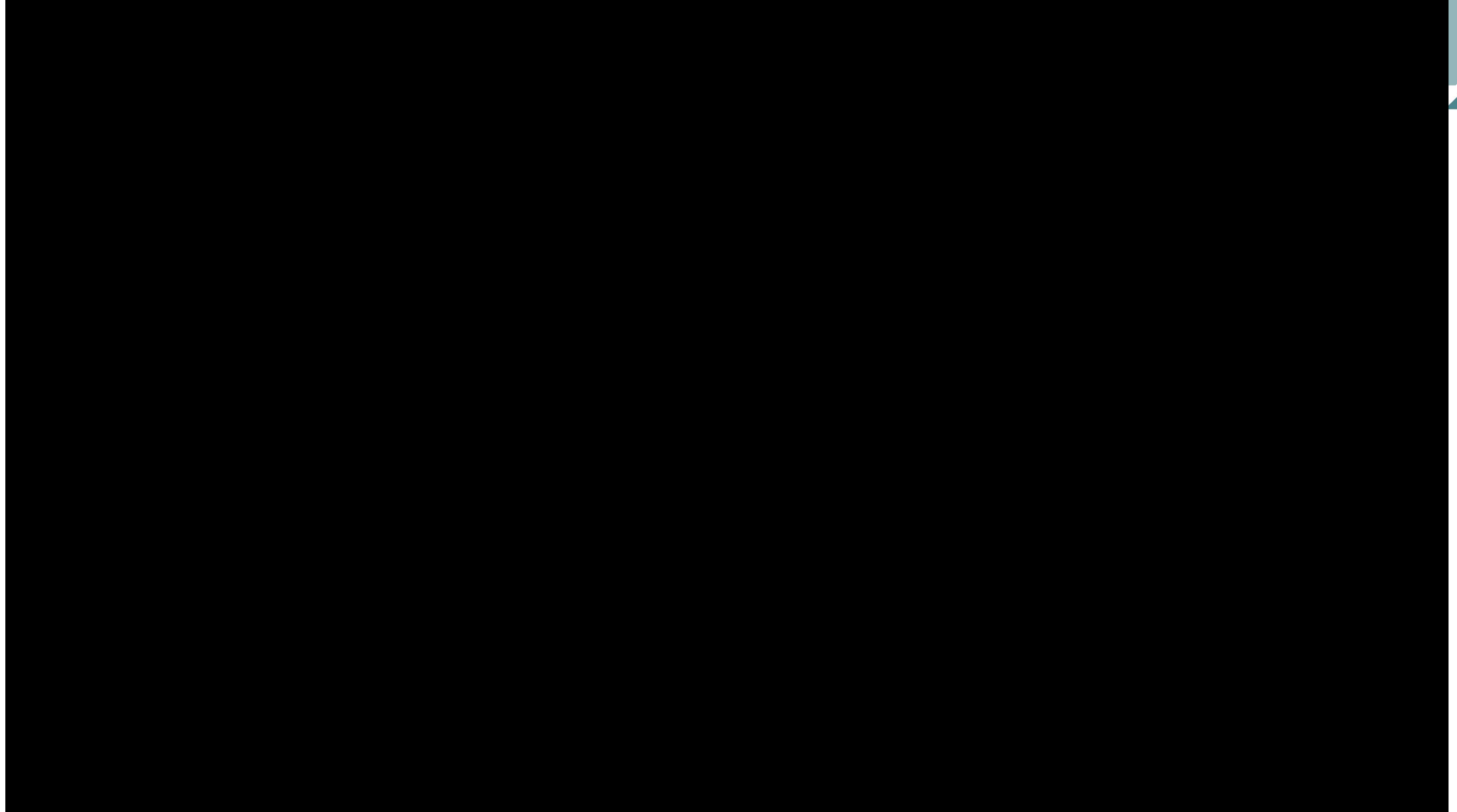
Perfil de interacciones

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.

- El CYP450 es el responsable del metabolismo del 70-80% de los fármacos más utilizados en la clínica.
- 25-30% de los fármacos utilizados en clínica se metabolizan a través de la isoenzima CYP2D6.
- Un inhibidor de la enzima CYP2D6 puede provocar interacciones entre medicamentos que son sustratos de dicha isoenzima.

Video 3: evolución del tratamiento



MISIÓN ➤ RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad

TIRA EL DADO:





Casilla 27: Debate

Prueba debate:

Propuesta de temática a debatir (síntomas residuales = riesgo de recaída)

Temática única (con enfoque práctico)

“El paciente está ‘mejor’, pero no está ‘bien’: ¿qué síntomas residuales NO debemos normalizar porque predicen recaída y pérdida de funcionalidad?”

Pregunta guía al grupo:

- ¿Qué consideras “remisión” en AP?
- ¿Qué 3 síntomas residuales vigilarías con más intensidad en Juan, y por qué?
- ¿Qué intervención concreta harías ante cada uno?

Síntomas residuales “de alto valor predictivo” para debatir

- **Insomnio persistente / sueño no reparador**
- **Rumiación y preocupación anticipatoria** (ansiedad residual)
- **Anhedonia / baja activación conductual** (apatía, pérdida de interés)
- **Quejas cognitivas** (atención/concentración) con impacto laboral (conducción)
- **Consumo residual de BZD/alcohol** (o retirada incompleta)
- **Dolor crónico y somatización** como mantenedores



Casilla 27: Debate

Casilla 27

Debate

MISIÓN » RESCATE FUNCIONAL

Debate 

Remisión ≠ recuperación

“Que esté menos triste no significa que esté recuperado: el objetivo es **función** (sueño, energía, cognición, actividad, trabajo).”

“Los síntomas residuales son el puente más frecuente hacia la recaída: si no los tratas, el episodio reaparece.”

MISIÓN » RESCATE FUNCIONAL

Debate 

Top 3 predictores clínicos de recaída en AP

Insomnio residual: si persiste, dispara vulnerabilidad (ansiedad, fatiga, irritabilidad).

Rumiación/ansiedad residual: mantiene hiperalerta, evitación y empeora sueño.

BZD/consumos: reducen aprendizaje de afrontamiento y cronifican.

MISIÓN » RESCATE FUNCIONAL

Debate 

Qué hago mañana en consulta (microplan)

Preguntar 3 cosas SIEMPRE: **sueño, función diaria, consumos/retirada BZD.**

Si hay residuales: intervención específica (higiene/CBT-I breve, activación conductual, exposición/gestión preocupación, ajuste de plan farmacológico y revisión).

MISIÓN » RESCATE FUNCIONAL

Debate 

Trabajo de riesgo: criterio extra

Si conduce: el seguimiento debe incluir **seguridad** (somnolencia, enlentecimiento, efectos farmacológicos, BZD).

Reincorporación preferible **progresiva** con objetivos verificables.

MISIÓN » RESCATE FUNCIONAL

Cartas (Formato 8 cm x 12 cm)

MISIÓN ► RESCATE FUNCIONAL

Reescribe el futuro del paciente
con depresión mayor y ansiedad

TIRA EL DADO:





Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 1

¿Cuál es el síntoma residual que, si persiste, **más obliga** a intervenir activamente por riesgo de recaída?

- a) Tristeza ocasional ante un problema puntual
- b) Insomnio persistente y sueño no reparador
- c) Un día aislado de cansancio tras trabajo
- d) Falta de apetito un fin de semana





Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 1

¿Cuál es el síntoma residual que, si persiste, **más obliga** a intervenir activamente por riesgo de recaída?

- a) Tristeza ocasional ante un problema puntual
- b) Insomnio persistente y sueño no reparador**
- c) Un día aislado de cansancio tras trabajo
- d) Falta de apetito un fin de semana



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 2

Tras mejoría clínica, ¿cuál es el enfoque de seguimiento más adecuado para consolidar recuperación funcional?

- a) “Si estás mejor, no hace falta revisarte”
- b) Revisiones cada 6 meses y ajustar solo si recae
- c) Seguimiento estructurado con objetivos (función/sueño/consumos)
+ señales de alarma + plan de prevención
- d) Mantener BZD “por si acaso” de forma indefinida



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 2

Tras mejoría clínica, ¿cuál es el enfoque de seguimiento más adecuado para consolidar recuperación funcional?

- a) “Si estás mejor, no hace falta revisarte”
- b) Revisiones cada 6 meses y ajustar solo si recae
- c) Seguimiento estructurado con objetivos (función/sueño/consumos) + señales de alarma + plan de prevención**
- d) Mantener BZD “por si acaso” de forma indefinida



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 3

En Juan (conductor, antecedente de uso de BZD), ¿qué criterio es más correcto para decidir reincorporación laboral?

- a) Solo que PHQ-9 sea 0
- b) Solo que el paciente “se vea con ganas”
- c) Mejoría clínica + sueño estable + retirada BZD en curso + funcionamiento cognitivo suficiente para conducir con seguridad
- d) Haber cumplido X semanas de baja, independientemente de síntomas



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 3

En Juan (conductor, antecedente de uso de BZD), ¿qué criterio es más correcto para decidir reincorporación laboral?

- a) Solo que PHQ-9 sea 0
- b) Solo que el paciente “se vea con ganas”
- c) Mejoría clínica + sueño estable + retirada BZD en curso + funcionamiento cognitivo suficiente para conducir con seguridad**
- d) Haber cumplido X semanas de baja, independientemente de síntomas



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 4

¿Qué criterio clínico te haría pasar de un seguimiento exclusivo en AP a un seguimiento compartido con Salud Mental (no urgente)?

- a) El paciente pide derivación “para quedarse más tranquilo” aunque haya buena evolución
- b) El episodio se relaciona con un estresor laboral identificado
- c) Depresión/ansiedad moderada-grave con deterioro funcional persistente o comorbilidad compleja (p. ej., uso problemático de BZD) pese a intervención en AP
- d) Lleva 2 semanas con tratamiento y aún no nota mejoría



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 4

¿Qué criterio clínico te haría pasar de un seguimiento exclusivo en AP a un seguimiento compartido con Salud Mental (no urgente)?

- a) El paciente pide derivación “para quedarse más tranquilo” aunque haya buena evolución
- b) El episodio se relaciona con un estresor laboral identificado
- c) Depresión/ansiedad moderada-grave con deterioro funcional persistente o comorbilidad compleja (p. ej., uso problemático de BZD) pese a intervención en AP**
- d) Lleva 2 semanas con tratamiento y aún no nota mejoría



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 5

En la retirada de BZD, ¿qué indicador sugiere que el ritmo de reducción es adecuado?

- a) El paciente puede dejarla “en seco” sin síntomas y sin plan de seguimiento
- b) Presenta insomnio intenso de rebote y necesita rescates frecuentes
- c) Síntomas de retirada leves/manejables, sin aumento de dosis “a demanda”, con sueño y función global estables o en mejora
- d) Compensa la reducción con alcohol por la noche para dormir



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 5

En la retirada de BZD, ¿qué indicador sugiere que el ritmo de reducción es adecuado?

- a) El paciente puede dejarla “en seco” sin síntomas y sin plan de seguimiento
- b) Presenta insomnio intenso de rebote y necesita rescates frecuentes
- c) Síntomas de retirada leves/manejables, sin aumento de dosis “a demanda”, con sueño y función global estables o en mejora**
- d) Compensa la reducción con alcohol por la noche para dormir



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 6

Si la mejoría es escasa a las 6–8 semanas, ¿qué deberías revisar primero antes de cambiar el tratamiento?

- a) Cambiar directamente de antidepresivo sin más evaluación
- b) Aumentar la dosis al máximo aunque no haya adherencia clara
- c) Confirmar adherencia y dosis terapéutica, y reevaluar diagnóstico/comorbilidades y factores psicosociales
- d) Suspender el tratamiento porque “no funciona”



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 6

Si la mejoría es escasa a las 6–8 semanas, ¿qué deberías revisar primero antes de cambiar el tratamiento?

- a) Cambiar directamente de antidepresivo sin más evaluación
- b) Aumentar la dosis al máximo aunque no haya adherencia clara
- c) Confirmar adherencia y dosis terapéutica, y reevaluar diagnóstico/comorbilidades y factores psicosociales**
- d) Suspender el tratamiento porque “no funciona”



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 7

**De cara a la reincorporación laboral de Juan (conductor),
¿qué condiciones mínimas pondrías?**

- a) Haber cumplido un número fijo de semanas de baja, independientemente de síntomas
- b) PHQ-9 = 0 como único criterio
- c) Mantener BZD “por si acaso” para asegurar el sueño
- d) Síntomas depresivos/ansiosos controlados + sueño estable sin somnolencia diurna + dolor razonablemente controlado + retirada de BZD en curso y sin rescates frecuentes



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 7

**De cara a la reincorporación laboral de Juan (conductor),
¿qué condiciones mínimas pondrías?**

- a) Haber cumplido un número fijo de semanas de baja, independientemente de síntomas
- b) PHQ-9 = 0 como único criterio
- c) Mantener BZD “por si acaso” para asegurar el sueño
- d) Síntomas depresivos/ansiosos controlados + sueño estable sin somnolencia diurna + dolor razonablemente controlado + retirada de BZD en curso y sin rescates frecuentes**



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 8

En Juan, con mejoría parcial tras 6–8 semanas de vortioxetina, ¿cuál es el siguiente paso MÁS adecuado para optimizar el tratamiento (antes de cambiar de fármaco)?

- a) Suspender vortioxetina y cambiar de antidepresivo sin revisar nada más
- b) Mantener la misma dosis indefinidamente aunque persistan síntomas residuales
- c) Comprobar adherencia y tolerancia y, si es adecuado, optimizar la dosis (p. ej., subir progresivamente hasta 20 mg/d) y reevaluar respuesta en 2–4 semanas
- d) Añadir benzodiacepina de forma fija a largo plazo para “asegurar” el sueño



Casilla 31: responde las preguntas

Pregunta 8

En Juan, con mejoría parcial tras 6–8 semanas de vortioxetina, ¿cuál es el siguiente paso MÁS adecuado para optimizar el tratamiento (antes de cambiar de fármaco)?

- a) Suspender vortioxetina y cambiar de antidepresivo sin revisar nada más
- b) Mantener la misma dosis indefinidamente aunque persistan síntomas residuales
- c) Comprobar adherencia y tolerancia y, si es adecuado, optimizar la dosis (p. ej., subir progresivamente hasta 20 mg/d) y reevaluar respuesta en 2–4 semanas**
- d) Añadir benzodiacepina de forma fija a largo plazo para “asegurar” el sueño



Casilla 31: responde las preguntas

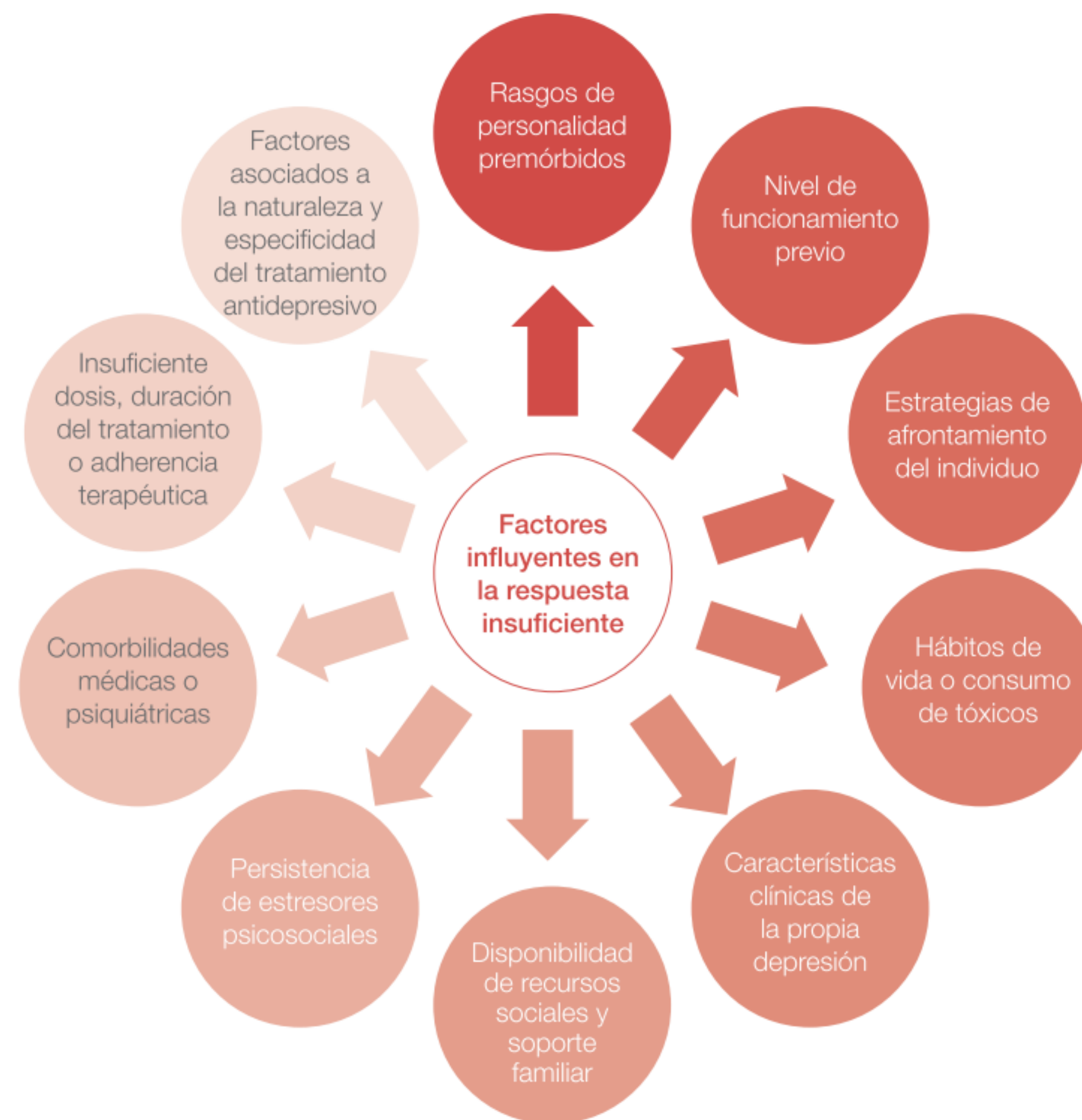
Justificación

- **Insomnio residual** y ansiedad/rumiación son mantenedores frecuentes y predictores de recaída: requieren intervención específica.
- El seguimiento eficaz es **estructurado** (síntomas + función + sueño + consumos) y con prevención: señales tempranas + plan escrito.
- En profesiones de riesgo, el “alta laboral” se decide por **funcionalidad y seguridad**, no solo por tiempo o por estado de ánimo.

Evidencia

DEPRESIÓN: Respuesta insuficiente al tratamiento

- En al menos un **30-40%** de los pacientes con **depresión** encontraremos una **respuesta insuficiente al tratamiento adecuado de primera línea**.
- En todo paciente que no responde suficientemente al tratamiento tendremos que evaluar de forma multidimensional la presencia de **diferentes factores** que pueden estar influyendo.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Evaluación de la eficacia y optimización temprana

116

pág

RESCATE FUNCIONAL

MIIÓN:

- Evaluación de la eficacia y carga de efectos secundarios.
- La **ausencia de mejoría en las 2 primeras semanas de tratamiento predice la falta de respuesta y remisión sostenida a las 4-8 semanas con más de un 80% de probabilidad.**
- La **mejoría precoz es un excelente predictor de buenos resultados a medio plazo.**
- Interesante **acortar en la medida de lo posible los tiempos de decisión para optimizar las dosis o cambiar el antidepresivo iniciado.**
- El uso de escalas validadas en evaluación puede favorecer índices de respuesta y remisión superiores y con mayor rapidez.
- **TRATAMIENTO OPTIMIZADO TEMPRANO.**

1. OPTIMIZAR e INDIVIDUALIZAR DESDE EL INICIO

- Acortar el tiempo de diagnóstico y de inicio del tratamiento antidepresivo
- Utilizar escalas para complementar la información recogida y definir mejor el estado basal
- Individualizar el tratamiento
- Aumentar las expectativas hacia el tratamiento, disipar los prejuicios, reducir el riesgo autolítico, construir alianza-terapéutica e involucrar al paciente en la toma de decisiones

2. SEGUIMIENTO TEMPRANO (SEMANA 2)

- Evaluar la progresión mediante el apoyo de escalas.
- Considerar optimizar en caso de mínimos cambios o cambio en caso de aparición de efectos adversos significativos
- Ofrecer apoyo y reducir el riesgo autolítico

3. EVALUACIÓN Y AJUSTE (SEMANAS 4-6)

- Reevaluación a las 4-6 semanas para valorar, si cabe, un cambio o ajuste de tratamiento.
- Objetivo: la remisión completa
- Asegurar y reforzar la adherencia al tratamiento. (1,8)

4. REEVALUACIÓN (SEMANA 8)

- Reevaluación a los 2 meses, poniendo especial acento en la desaparición de la sintomatología residual. Considerar nuevos ajustes y estrategias terapéuticas en caso necesario.
- Objetivo: la recuperación sintomática y funcional.

5. SUPERVISIÓN REGULAR (FASE DE CONTINUACIÓN Y MANTENIMIENTO)

- Ayudar a los pacientes a permanecer libres de síntomas, buscar la recuperación funcional y prevenir la recurrencia.
- Promover el bienestar.

1. De Diego-Adeliño, J. Abordaje del paciente con depresión mayor. Libro Blanco de depresión y suicidio. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y Sociedad Española de Psiquiatría (SEP). 2020;43-52; 2. Guo, T., et al. American Journal of Psychiatry, 2015;172(10), 1004-1013; 3. Habert J., et al. Prim Care Companion CNS Disord. 2016 Sep 1;18(5); 4. Bauer M, et al. International Journal Of Psychiatry In Clinical Practice, 2017;21(3):166–176; 5. Kennedy, S. H., et al. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016;61(9), 540-560.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Mantenimiento del tratamiento

La duración del tratamiento dependerá de la gravedad, del número de episodios depresivos previos (recurrencia) y de otros factores de riesgo que a continuación se detallan:

- **Primer episodio no grave:** duración variable 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 cinco años o considerar tratamiento indefinido.

**OBJETIVO DEL TRATAMIENTO:
RECUPERACIÓN FUNCIONAL**



**Continuidad del tratamiento con la
misma dosis con la que se obtuvo la
remisión**

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Mantenimiento del tratamiento

Factores de riesgo para una posible cronificación y recurrencia de la depresión:

- Edad de inicio más temprana o personas mayores.
- Mayor número de episodios anteriores.
- Gravedad del episodio inicial (definido por la presencia de un mayor número de síntomas, ideación suicida o agitación psicomotora).
- Alteraciones del ciclo sueño-vigilia.
- Presencia de psicopatología comórbida (particularmente trastorno depresivo persistente/distimia) y comorbilidad física.
- Antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica.
- Presencia de cogniciones negativas.
- Alto neuroticismo.
- Poco apoyo social.
- Acontecimientos vitales estresantes.
- Tratamiento insuficiente en tiempo, dosis y tipo.
- Factores psicosociales con una mala adaptación socioambiental.
- Síntomas residuales.

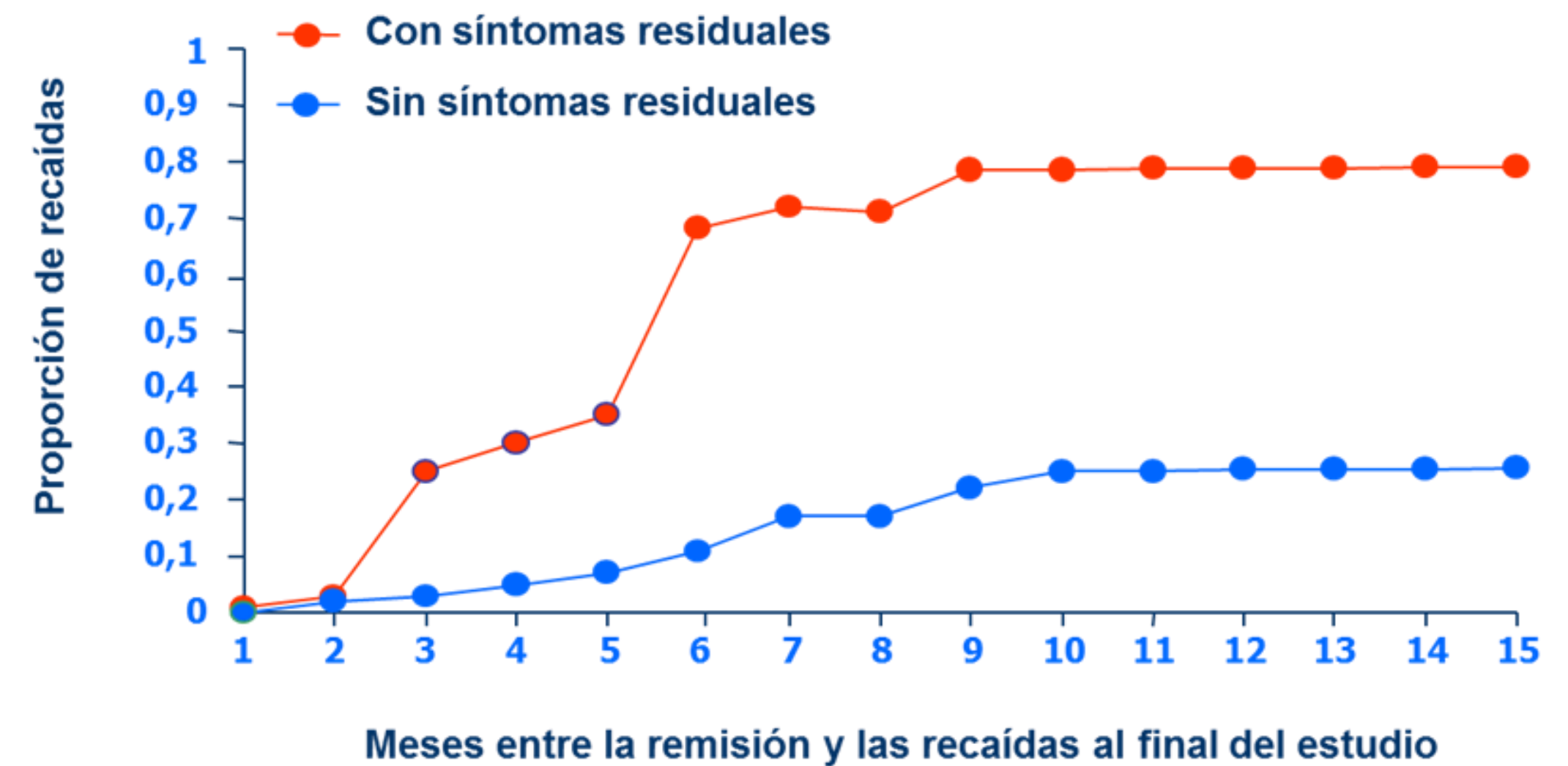
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Síntomas residuales

119

pág |

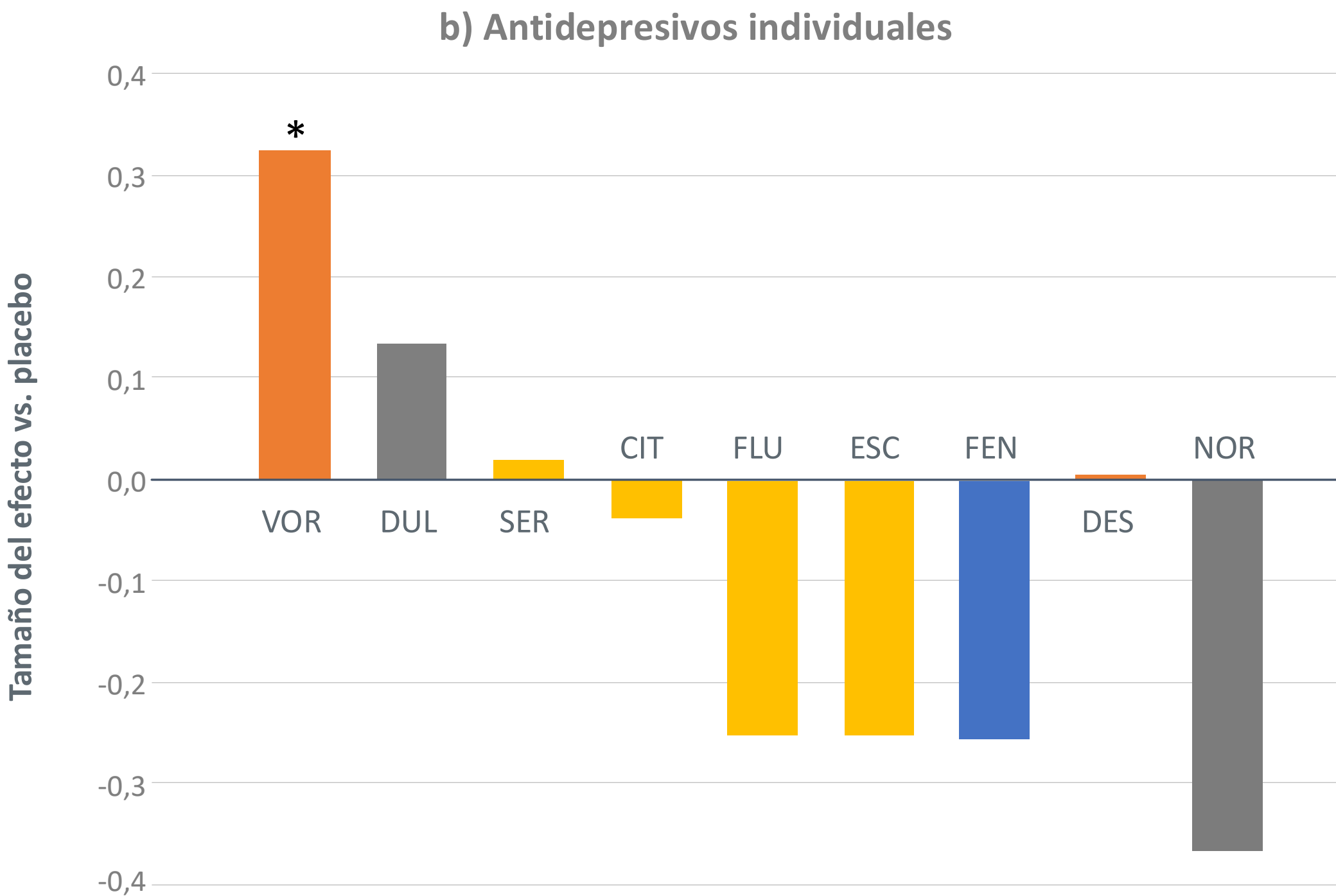
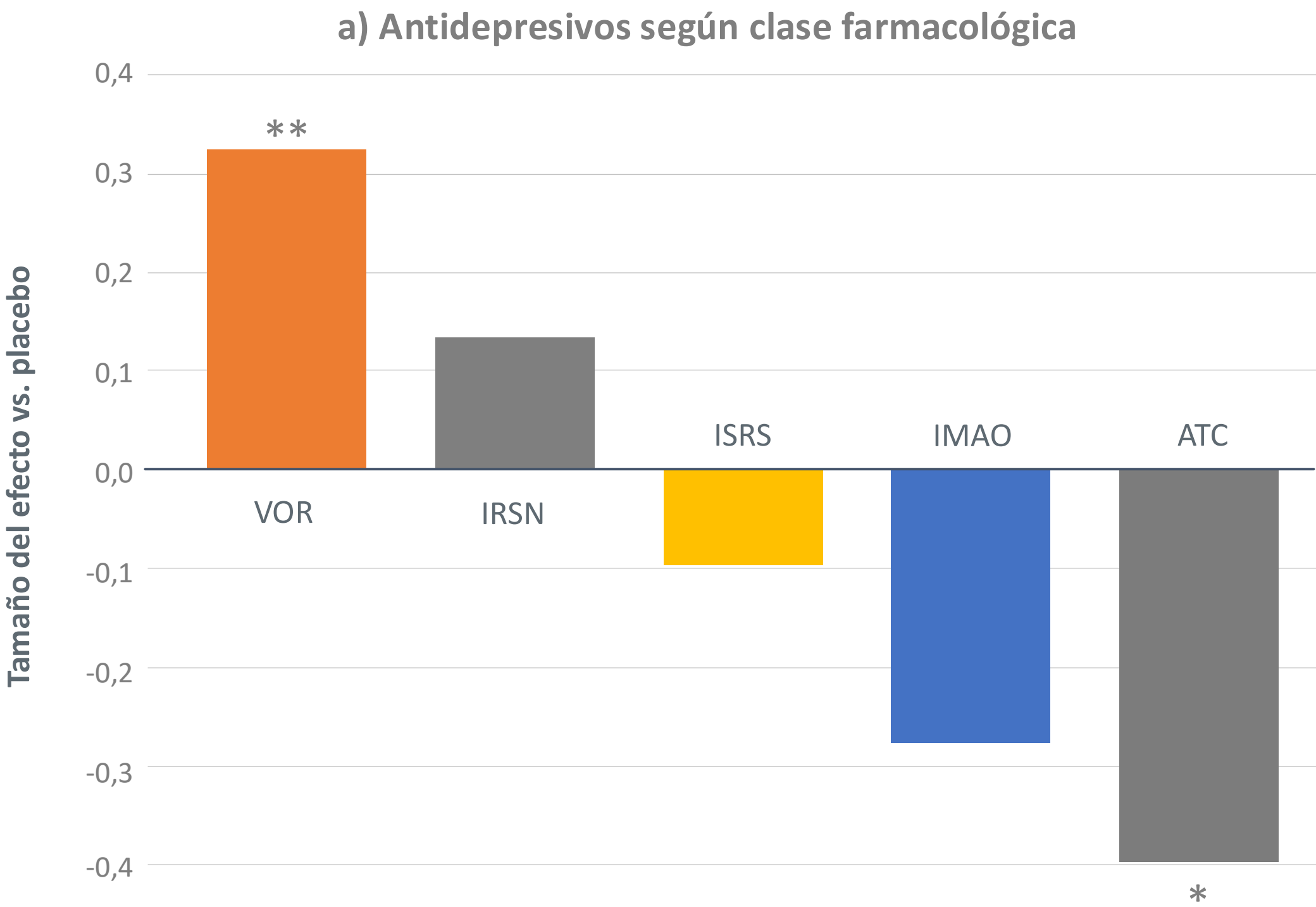
- Los síntomas residuales son aquellos síntomas que perduran a pesar de existir una respuesta clínica significativa con un tratamiento adecuado.
- Se presentan en más del 80% de los pacientes en fase de remisión.
- Constituyen un factor de riesgo para que se produzcan recaídas y recurrencias. Es fundamental la detección precoz de los síntomas residuales.
- Con síntomas residuales, la **probabilidad de recaer es del 76%**.
- Los síntomas residuales más habituales son los **síntomas cognitivos**, las **alteraciones del sueño y la falta de energía**, que afectan al 44, al 39 y al 35 % de los pacientes, respectivamente.
- Otros síntomas residuales frecuentes son el estado de ánimo triste, pérdida de energía, astenia y molestias físicas y/o dolores crónicos
- **Más del 70% de los pacientes que responden siguen presentando síntomas cognitivos**, siendo uno de los síntomas residuales más prevalentes.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Síntomas residuales

Vortioxetina fue el único AD que mejoró de forma estadísticamente significativa los síntomas cognitivos medidos con el DSST, en comparación con placebo y con el resto de ADs¹

Asociación entre los antidepresivos y los cambios en síntomas cognitivos medidos mediante el DSST



Adaptado de: Baune BT *et al.* 2018. Diferencias de medias estandarizadas frente a placebo. (a) análisis por clase y (b) análisis por tratamiento.
AD: Antidepresivo; ATC: antidepresivos tricíclicos; CIT: Citalopram; DES: Desipramina; DUL: Duloxetina; ESC: Dscitalopram; FEN: Fenelzina; FLU: Fluoxetina; IMAO: Inhibidores de la monoaminooxidasa; IRSN: Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; NOR: Nortriptilina; SER: Sertralina; VOR: vortioxetina. *P < 0,05; ** P < 0,01.
1. Baune BT *et al.* *Int J Neuropsychopharmacol* 2018;21:97-107.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Estrategias de optimización

121

pág |

MISIÓN: RESCATE FUNCIONAL



- Cuando la monoterapia antidepresiva fracasa porque la **respuesta al tratamiento inicial ha sido mínima o nula o porque han aparecido problemas importantes de tolerabilidad**, nos inclinaremos por la **sustitución** del antidepresivo.
- Las estrategias de **optimización, de potenciación o de combinación** serían mejores ante los casos en los que se haya producido **cierta respuesta al antidepresivo iniciado y con una tolerabilidad adecuada**.
- La guía **CANMAT** recomienda **aumentar la dosis de antidepresivos para los que no mejoran de 2 a 4 semanas si el medicamento es tolerado y cambiar a otro antidepresivo si la tolerabilidad es un problema**.

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE, 2017
<http://dx.doi.org/10.1080/13651501.2017.1306082>

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

REVIEW ARTICLE

Pharmacological treatment of unipolar depressive disorders: summary of WFSBP guidelines

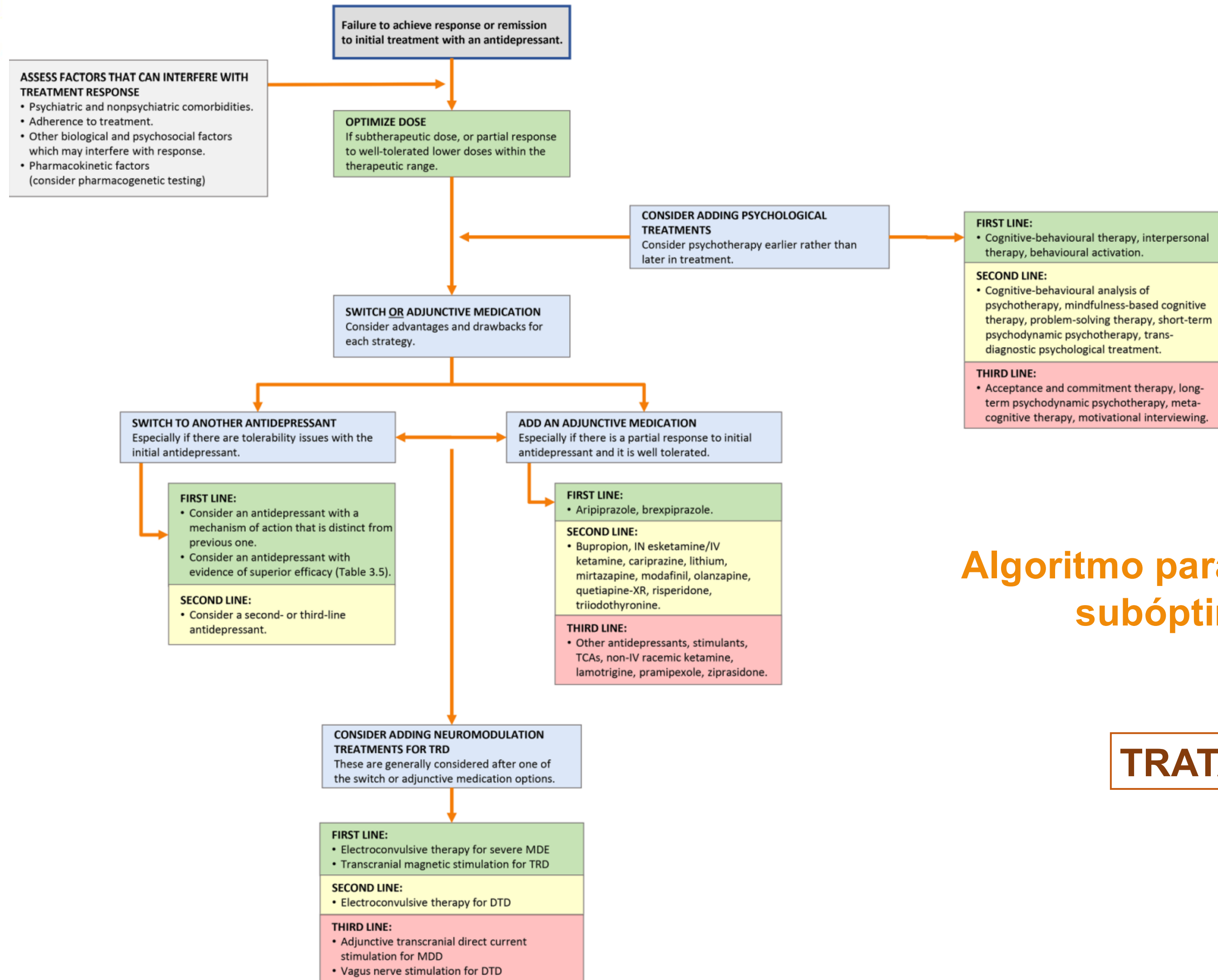
Michael Bauer^a, Emanuel Severus^a, Hans-Jürgen Möller^b, Allan H. Young^c and WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders^{*}

^aDepartment of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden, Dresden, Germany; ^bDepartment of Psychiatry, Ludwig-Maximilians-University, Munich, Germany; ^cDepartment of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

1.Bauer M., et al. INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE, 2017 VOL. 21, NO. 3, 166 – 176. <http://dx.doi.org/10.1080/13651501.2017.1306082>; 2.Kennedy, S. H., et al. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016;61(9), 540-560; 3. MR Bennasar. Abordaje compartido de la depresión: documento multidisciplinar; 2018. Disponible en: https://www.semfy.com/content/uploads/2018/07/Monografia-Multidisciplinar-Depresi%C3%B3n_Julio-2018.pdf

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Estrategias de optimización



Algoritmo para el tratamiento secuencial tras una respuesta subóptima a la medicación antidepresiva inicial

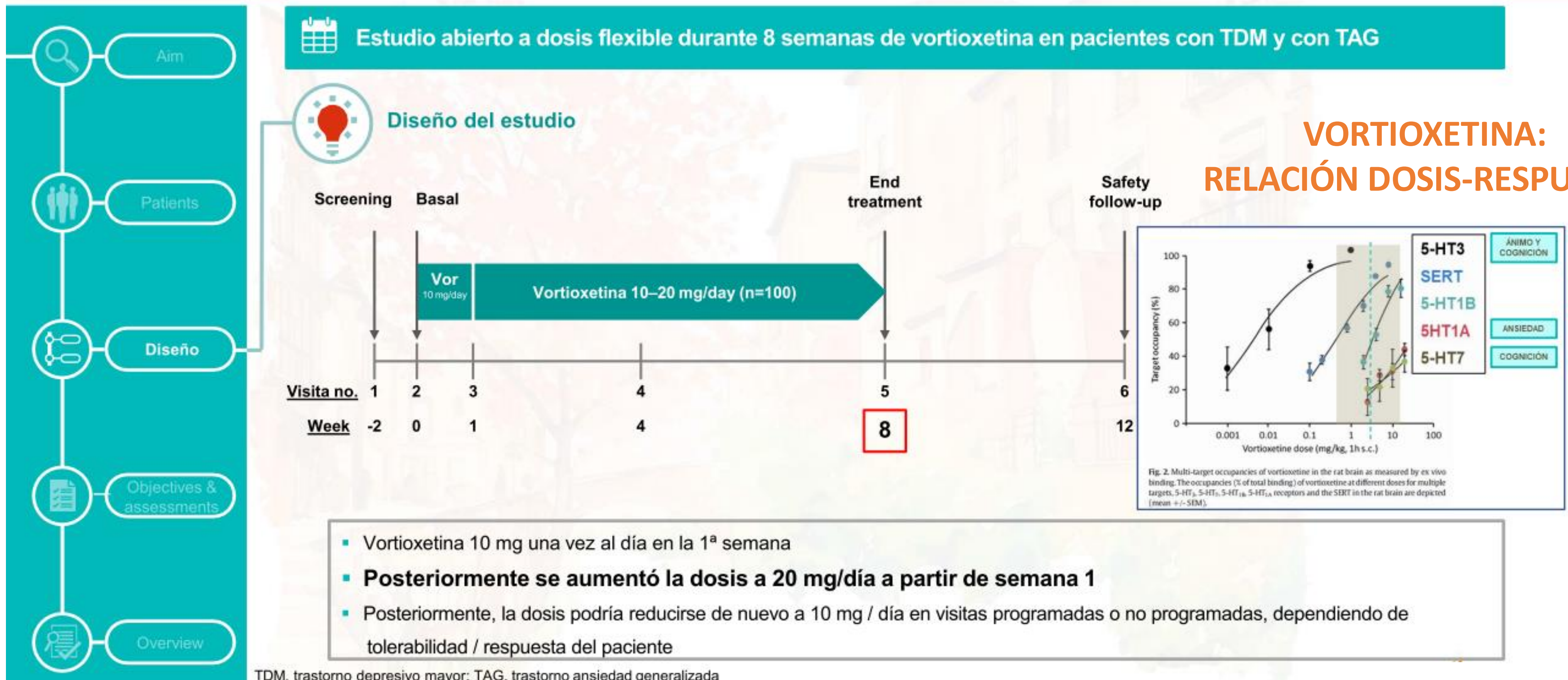
TRATAMIENTO OPTIMIZADO TEMPRANO

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: Depresión y Ansiedad

Diseño del estudio

ESTUDIO RECONNECT

VORTIOXETINA: RELACIÓN DOSIS-RESPUESTA



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Depresión y Ansiedad

124

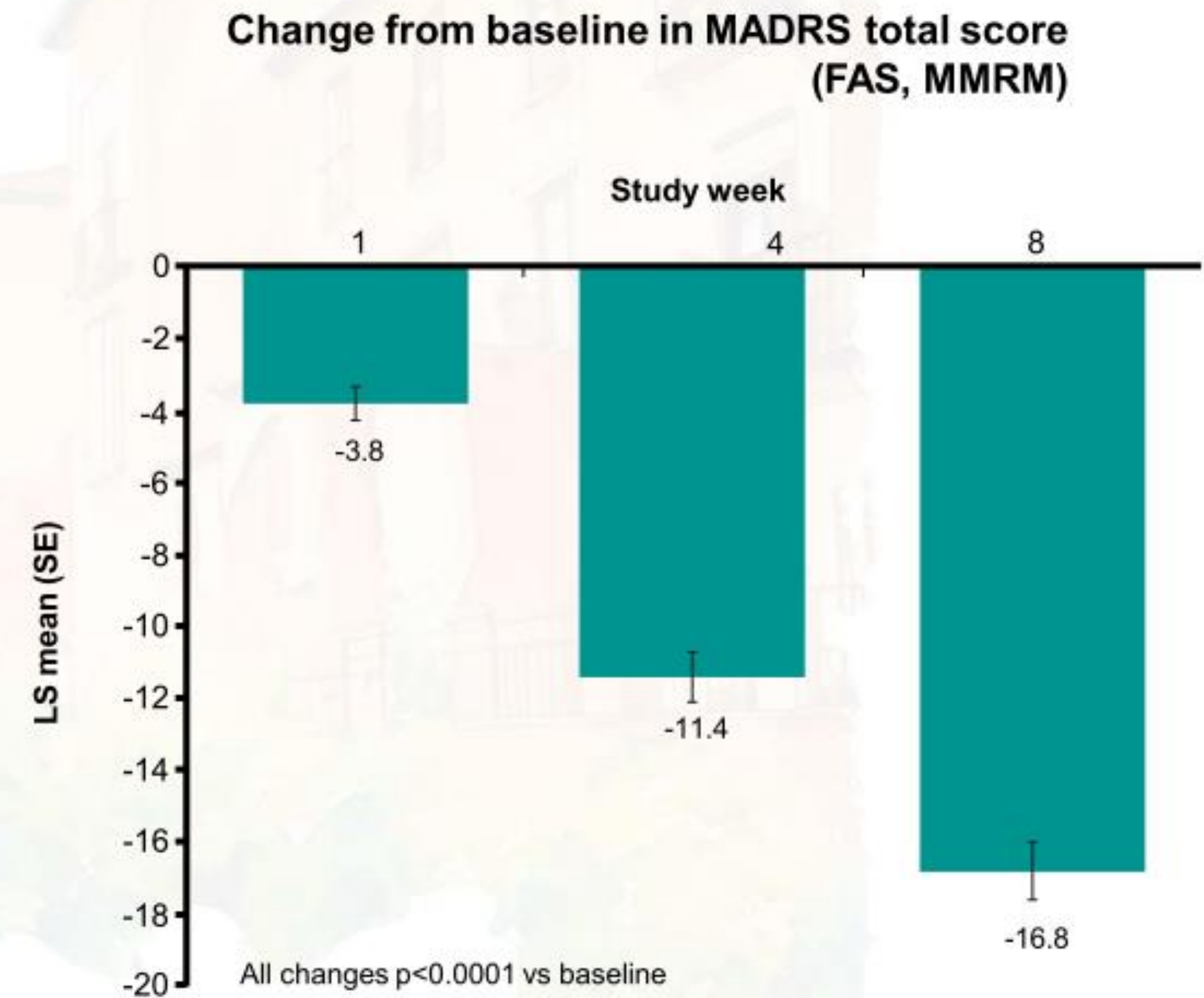
pág |

MISIÓN: ➡ RESCATE FUNCIONAL

Vortioxetina mejoró los síntomas depresivos medidos por MADRS

Time point	Change in MADRS total score from baseline ^a (FAS, MMRM)				
	n	Mean	SE	95% CI	p value
Week 1	100	-3.76	0.46	-4.68, -2.85	<0.0001
Week 4	98	-11.42	0.70	-12.81, -10.02	<0.0001
Week 8	97	-16.85	0.80	-18.43, -15.26	<0.0001

^aBaseline MADRS total score = 29.54 (n=100)



MADRS, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; FAS, full analysis set; MMRM, mixed model for repeated measurements; SE, standard error; CI, confidence interval; LS, least square

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Depresión y Ansiedad

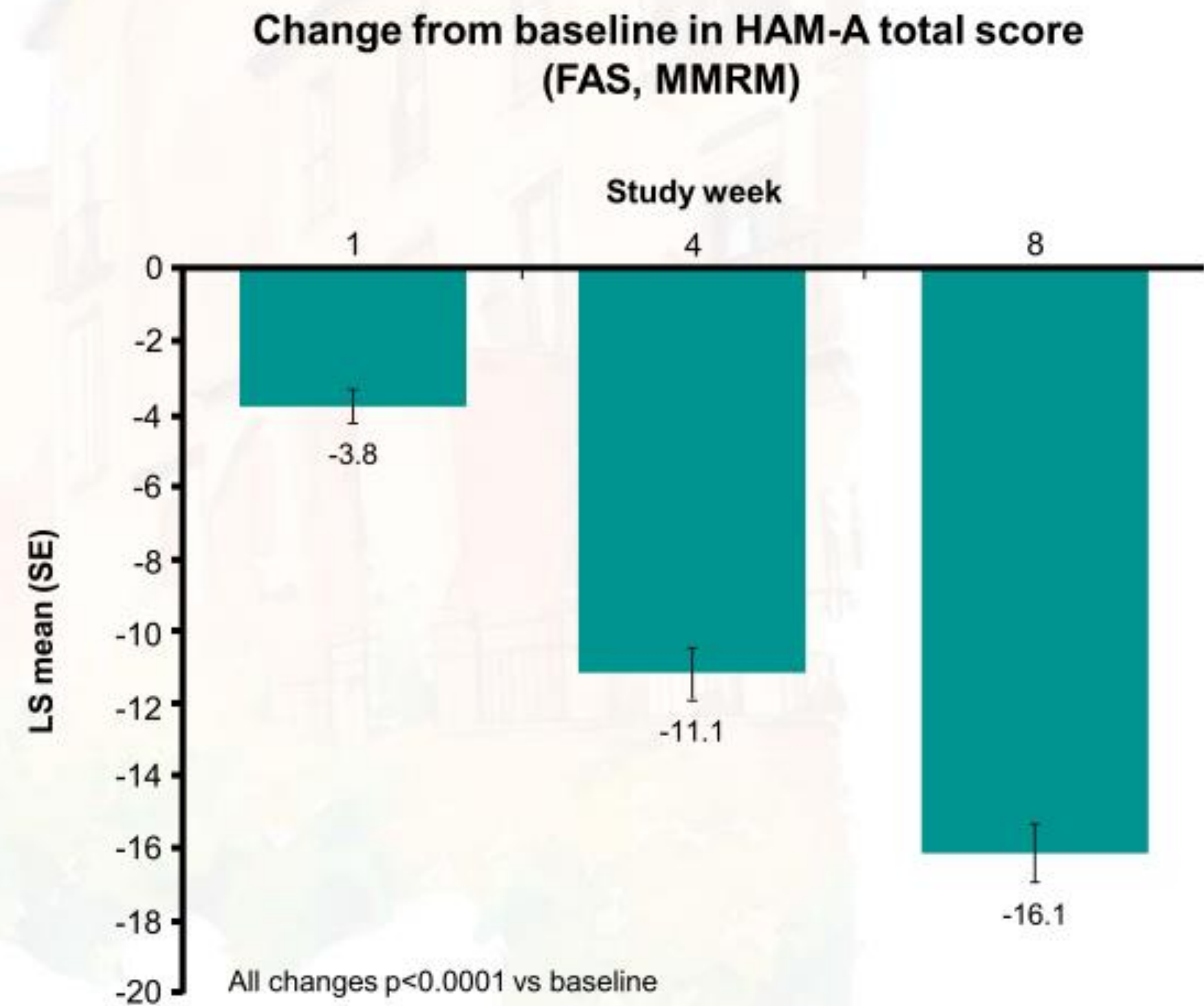
125

pág |

Vortioxetina mejoró los síntomas de ansiedad medidos por HAM-A

Time point	Change in HAM-A total score from baseline ^a (FAS, MMRM)				
	n	Mean	SE	95% CI	p value
Week 1	100	-3.81	0.46	-4.73, -2.89	<0.0001
Week 4	98	-11.09	0.72	-12.52, -9.66	<0.0001
Week 8	97	-16.05	0.86	-17.76, -14.35	<0.0001

^aBaseline HAM-A total score = 28.55 (n=100)



HAM-A, Hamilton Anxiety Rating Scale; FAS, full analysis set; MMRM, mixed model for repeated measurements; SE, standard error; CI, confidence interval; LS, least square

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Depresión y Ansiedad

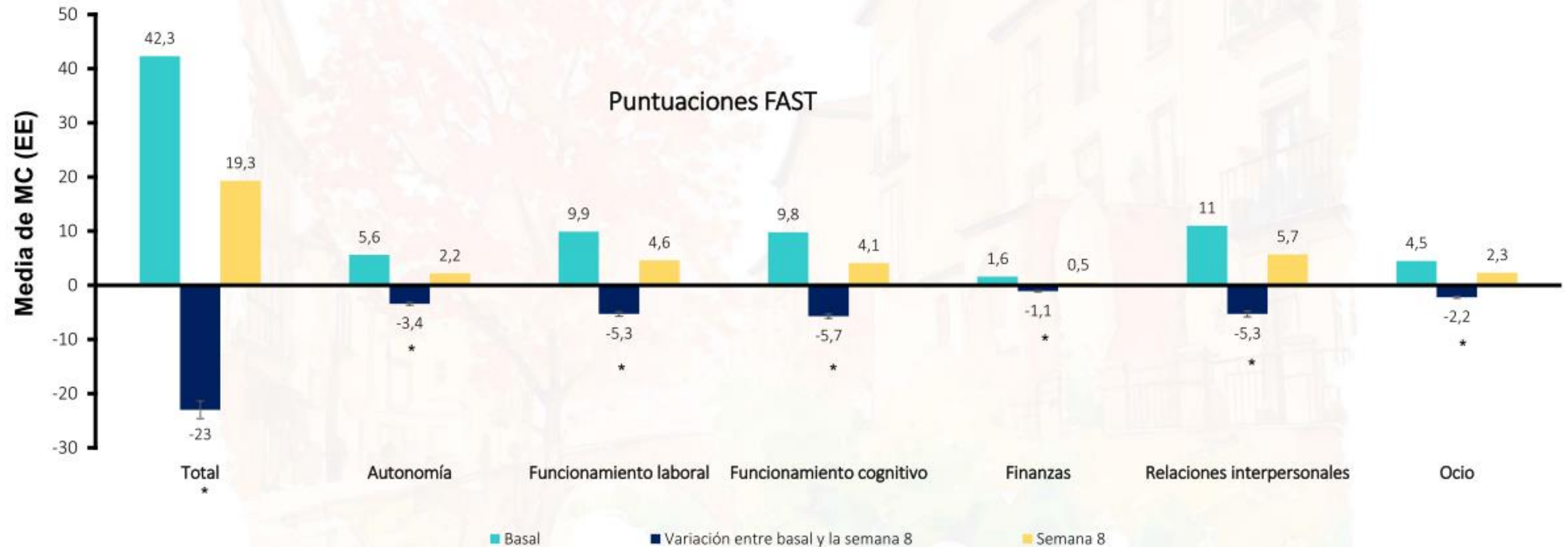
126

pág |

RESCATE FUNCIONAL

MISIÓN:

Vortioxetina logró una mejoría significativa y extensa del funcionamiento general



*Todos los valores de p para la variación con respecto al momento basal son $< 0,0001$
El valor basal aquí indicado no es exactamente igual que la eficacia basal debido a unos pocos pacientes

FAST, Prueba breve de evaluación del funcionamiento; MC, mínimos cuadrados; EE, error estándar

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Depresión y Ansiedad

Muy pocos pacientes interrumpieron el tratamiento con vortioxetina.

Disposition	Total (n=102)
Patients who completed treatment, n (%)	97 (95.1)
Patients who discontinued treatment, n (%)	3 (2.9)
Primary reason for withdrawal from treatment, n (%)	
AEs	2 (2.0) ^a
Lack of efficacy	0
Non-compliance with treatment	0
Protocol violation	0
Withdrawal of consent	1 (1.0) ^b
Lost to follow-up	0
Other	0

^aThe 2 AEs were increased blood pressure (mild) and allergic reaction (mild); ^btaste disorder secondary to withdrawal of consent
AA, adverse event

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Depresión y Ansiedad

Tolerabilidad a vortioxetina

- **No se registraron efectos adversos graves.** Todos los efectos adversos fueron de intensidad leve o moderada.
- **No se registraron más efectos adversos en los pacientes que aumentaron la dosis de vortioxetina a 20 mg/día** después de la primera semana de tratamiento en comparación con los pacientes que recibieron 10 mg/día durante todo el estudio.

Conclusiones

- Aporta **evidencia de la efectividad y tolerabilidad de dosis terapéuticas de 10 y 20mg de vortioxetina en pacientes con TDM comórbido con TAG** que recibían vortioxetina como primer tratamiento antidepresivo o que cambiaron a vortioxetina debido a una respuesta inadecuada a la terapia antidepresiva previa.
- Vortioxetina demostró ser eficaz al **reducir significativamente los síntomas de depresión y ansiedad a partir de la primera semana**, manteniéndose durante las 8 semanas de tratamiento.
- Estos resultados **apoyan el aumento de dosis de vortioxetina a 20 mg/día** al comienzo del tratamiento para lograr un beneficio terapéutico óptimo en pacientes con TDM y TAG comórbido, sin comprometer la tolerabilidad.

PARA TU CONSULTA...

1. Diagnostica pronto



2. Trata cuanto antes



3. Toma tus decisiones y optimiza el tratamiento de forma temprana



4. Mantén el tratamiento el tiempo necesario



5. Acompaña a tu paciente codo con codo todo el tiempo



MISIÓN:
► **RESCATE FUNCIONAL**

Reescribe el futuro del paciente con
depresión mayor y ansiedad



Conclusiones

Conclusiones del caso

Caso típico y relevante en AP: **depresión con síntomas ansiosos** y deterioro funcional en **profesión de riesgo**(conducción).

La clave inicial no es “dar baja y dormir”: es **evaluar severidad, riesgo (incluida seguridad vial), consumo de BZD/alcohol** y diagnóstico diferencial.

El tratamiento eficaz combina: **psicoeducación + intervención sobre sueño/activación + fármaco cuando procede**, y un **plan explícito para reducir benzodiacepinas**

El éxito se mide por **recuperación funcional** (sueño, cognición, actividad, trabajo), no solo por “menos tristeza”.

Conclusiones del caso

Depresión ansiosa: primera línea habitual con ISRS/IRSN/Multimodal, eligiendo según perfil (ansiedad prominente, comorbilidades, tolerabilidad).

Síntomas residuales que NO hay que normalizar: **insomnio, rumiación/ansiedad residual, anhedonia, quejas cognitivas, consumo de BZD.**

Si hay **quejas cognitivas/funcionales residuales:** considerar un antidepresivo con impacto en funcionamiento/cognición (Vortioxetina), individualizando y revisando respuesta.

Seguimiento “de calidad”: revisiones **tempranas** (tolerancia/adherencia/seguridad) y después **estructuradas** con objetivos y señales de alarma.

Manejo práctico: si hay mejoría parcial, **optimizar dosis** (si tolera) antes de cambiar; evitar cronificar BZD y reforzar abordaje de sueño/rumiación.

Reincorporación laboral: preferible **progresiva** y basada en **seguridad + funcionamiento**, con coordinación si hay complejidad o respuesta insuficiente.

¡Muchas gracias!

MISIÓN:
► **RESCATE FUNCIONAL**

Reescribe el futuro del paciente con
depresión mayor y ansiedad



Ficha Técnica de Brintellix[®] (vortioxetina)

Brintellix[®] 5 mg, 10 mg, 15 mg y 20 mg comprimidos recubiertos con película:



Escanee el QR para acceder a la Ficha Técnica en CIMA

Brintellix[®] 20mg/ml gotas orales en solución:



Escanee el QR para acceder a la Ficha Técnica en CIMA

ES-BRIN-1715. PRESENTACIONES Y PRECIO. Brintellix 5 mg 28 comprimidos recubiertos con película: P.V.P. 16,39€, P.V.P. I.V.A. 17,05€ Brintellix 10 mg 28 comprimidos recubiertos con película: P.V.P. 32,78€, P.V.P. I.V.A. 34,09€ Brintellix 15 mg 28 comprimidos recubiertos con película: P.V.P. 42,61€, P.V.P. I.V.A. 44,32€ Brintellix 20 mg 28 comprimidos recubiertos con película: P.V.P. 52,45€, P.V.P. I.V.A. 54,54€ Brintellix 20 mg/ml gotas orales en solución: P.V.P. 34,18€, P.V.P. I.V.A. 35,55€. **CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN.** Medicamento sujeto a prescripción médica. **CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.** Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Medicamento de aportación reducida. **FECHA DE ELABORACIÓN:** enero 2026