

Estándares informados en evidencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas adultas con sospecha o diagnóstico de depresión en el primer nivel de atención.

Estándares de Práctica Clínica Informados en
Evidencia Keralty
EPK
Versión 1. Marzo, 2024

Comisión Global de Salud Mental Keralty

PRESIDENCIA DE SALUD E INNOVACIÓN
CENTRO DE EVIDENCIA, INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN PARA LAS
DECISIONES EN SALUD

Equipo Desarrollador

Equipo Temático

Jorge Mc Douall Lombana
MD. Especialista en Psiquiatría
Versania

Andrea Patricia Bermúdez
MD. Especialista en Medicina Familiar y en
Gestión de la Salud Pública
Directora de programas
Instituto Global de Excelencia Keralty

Andrea Caballero Duque
MD. Especialista en Psiquiatría. MSc
Bioética
Clínica Campo Abierto

David Alfonso Venegas Gómez
Psicólogo. Especialista en Psicología
Clínica Infantil del Adolescente y de la
Familia
EPS Sanitas

John Alexander Castro Muñoz
Psicólogo. MSc Psicología. PhD Psicología
Fundación Universitaria Sanitas

Yonatan Ferney Rojas Salgado
Psicólogo. Especialista en Evaluación y
diagnóstico Neuropsicológico y
Neuropsicología Infantil. MSc
Neuropsicología Clínica
Fundación Universitaria Sanitas

José Francisco Cepeda Torres
MD. Especialista en Psiquiatría General,
Psiquiatría de Niños y Adolescentes, y en
Informática Educativa. MSC Tecnologías
de la Información y de la Comunicación en
Salud
Centros Médicos Keralty

José David Téllez Negret
MD. Especialista en Psiquiatría
Clínica Colsanitas. Clínica Colombia

María Esperanza Durán Flórez
Psicóloga. MSc Psicología de la Salud y la
Discapacidad
Clínica Universitaria Colombia

Mónica Rojas Moreno
MD. Especialista en Psiquiatría
Clínica Reina Sofía

Nadia Becerril Flores
MD. Especialista en Psiquiatría
AXA Keralty – México

Nancy Yomayusa González
MD. Especialista en Medicina Interna, y
Nefrología y Trasplante Renal.
Instituto Global de Excelencia Keralty
Presidencia Global de Salud e Innovación

Susan Liliana Segura Valdés
Psicóloga. Especialista en Epidemiología
General
EPS Sanitas

Olga Victoria Gómez
MD. Especialista en Medicina Familiar y
Epidemiología
G. Modelos y Programas
Instituto Global de Excelencia Keralty

Equipo Metodológico

Nathalie Ospina Lizarazo
Nutricionista Dietista. MSc Epidemiología
Clínica
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación para Decisiones en Salud -
CEIIDS
Instituto Global de Excelencia Keralty
Vicepresidencia de Excelencia Clínica
Vicepresidencia Global de Salud
Keralty

Lina Sofía Morón Duarte
Enfermera. MSc Salud Pública. PhD
Epidemiología
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación para Decisiones en Salud -
CEIIDS
Instituto Global de Excelencia Keralty
Vicepresidencia de Excelencia Clínica
Vicepresidencia Global de Salud
Keralty

María Paula Gutiérrez Sepúlveda
Nutricionista Dietista. MSc Epidemiología
Clínica
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación para Decisiones en Salud -
CEIIDS
Instituto Global de Excelencia Keralty
Vicepresidencia de Excelencia Clínica
Vicepresidencia Global de Salud
Keralty

Adriana Patricia Rodríguez Cárdenas
Bacterióloga. Especialista en
Epidemiología. MSc Métodos de
Investigación Cuantitativa en
Epidemiología
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación para Decisiones en Salud -
CEIIDS
Instituto Global de Excelencia Keralty
Vicepresidencia de Excelencia Clínica

Vicepresidencia Global de Salud
Keralty

Cristian Camilo Veloza García
Ingeniero Industrial. MSc Ingeniería
Industrial.
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación para Decisiones en Salud -
CEIIDS
Instituto Global de Excelencia Keralty
Vicepresidencia de Excelencia Clínica
Vicepresidencia Global de Salud
Keralty

Kelly Rocío Chacón Acevedo
Fisioterapeuta. MSc Epidemiología Clínica
Directora Centro de Evidencia,
Investigación e Innovación para
Decisiones en Salud -CEIIDS
Instituto Global de Excelencia Keralty
Vicepresidencia de Excelencia Clínica
Vicepresidencia Global de Salud
Keralty

Equipo de Gestión en Salud

Allison Vannessa Acevedo Castaño
Subgerente Gestión del Riesgo
Colsanitas

Daniel Andredy Castrillón Sánchez
HAOU Manager. HealthCare Analysis and
Optimization Unit
Sanitas Medical Center

Mayra Salamanca
Associated Director BH program
Sanitas Medical Center

**Comité de gestión y transferencia de
conocimiento**

Lina Margarita Castillo
MSc. Salud Pública
Coordinador de Gestión y Transferencia de
Conocimiento
Centro de Evidencia, Investigación e
Innovación para las Decisiones en Salud
Instituto Global de Excelencia Keralty
Presidencia de Salud e Innovación

Victoria Eugenia López
MD. Especialista en auditoria
Gerente de Transferencia de Conocimiento
Colsanitas

Aval

La Comisión Global de Salud Mental Keralty

Conflicto de intereses

Los autores y expertos que participaron en el desarrollo del documento declaran que en virtud de la metodología establecida por el Instituto Global de Excelencia Keralty – IGEEK no existe ningún conflicto de interés que impida o invalide el desarrollo proceso (de índole financiero, intelectual, de filiación o familiar), a excepción del Dr. José Cepeda, quien declara conflicto interés de tipo económico, por lo que su participación se limitó en la votación para el consenso de los estándares de la dimensión de tratamiento.

Declaración de independencia editorial

El Instituto Global de Excelencia Keralty y los autores declaran que el desarrollo del documento técnico científico se realizó de manera rigurosa, independiente, transparente e imparcial por parte de sus miembros.

Financiamiento

Este documento ha sido financiado por las empresas del Grupo Keralty

Citar como:

Instituto Global de Excelencia Keralty, Centro de Evidencia, Investigación e Innovación para las Decisiones en Salud, Keralty. Estándares informados en evidencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas adultas con sospecha o diagnóstico de depresión en el primer nivel de atención. Versión 1. Marzo 2024

Derechos de uso

Esta versión aplica a todas las Empresas y Países Keralty, los lineamientos aquí consolidados deben ser adaptadas o ajustadas conforme a las políticas y normas de salud pública emitidas por las instancias regulatorias, Ministerios de Salud y otras Organizaciones de los países donde hace presencia Keralty. Es un documento vivo que irá evolucionando conforme a la emergencia de evidencia nueva.

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0 IGO).



CC BY-NC-SA 4.0

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica más abajo.

En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que el Instituto Global de Excelencia Keralty respalda una organización, producto o servicio específicos.

Responsabilidad del tomador de decisiones

Las directrices, evaluaciones de tecnologías sanitarias y las síntesis de evidencia para políticas en salud emitidas por el Instituto Global de Excelencia Keralty – Presidencia de Salud e Innovación, representan el compromiso de Keralty con la **excelencia en el cuidado**, lo que implica procurar que los profesionales, equipos interdisciplinarios de atención, así como los responsables en niveles tácticos y estratégicos, **adopten y tomen de manera sistemática decisiones informadas en las evidencias, basadas en datos para mejorar la salud y el bienestar de personas, familias y comunidades, evitar daños y hacer un uso más eficaz de los recursos, garantizando los mejores resultados en salud, una experiencia memorable y el empoderamiento de personas, familias y comunidades, así como el fortalecimiento del liderazgo y orgullo de pertenencia de los profesionales y equipos del ecosistema Keralty.**

Las directrices, evaluaciones de tecnologías sanitarias, las síntesis de evidencia para políticas en salud, incluyen lineamientos para orientar decisiones sobre la práctica clínica en el contexto de nuestro modelo integrado sanitario y socio-comunitario (programas, servicios, centros de excelencia o de alta eficiencia y productos destinados al cuidado de las personas de acuerdo al contexto), la salud pública (programas y servicios destinados a los grupos y poblaciones específicas en aseguramiento, prestación, servicios sociales o comunidades en países donde haga presencia Keralty), la gobernanza integrada en salud (decisiones articuladoras del gobierno clínico y administrativo, decisiones estratégicas corporativas, planeación de recursos, decisiones de inversión o desinversión en tecnologías sanitarias u otras derivadas de análisis de impacto basados en valor).

El Instituto Global de Excelencia Keralty garantiza una metodología rigurosa,

sistemática y transparente, procurando la confianza por parte del tomador de decisiones, de las personas y familias que cuidamos. Por lo tanto, bajo un enfoque de trabajo colaborativo, todos los procesos vinculan en el Equipo Desarrollador, profesionales y expertos de las diferentes disciplinas, así como responsables claves del nivel táctico o estratégico según el foco problémico, siendo al final las **Comisiones de Excelencia Keralty** las instancias de gobernanza y fuero técnico científico donde se analizan y avalan las directrices y políticas conforme al área disciplinar que corresponda.

Gracias a la sistematización del proceso, el enfoque metodológico permite que los lineamientos emitidos tengan en cuenta todos los criterios importantes que se sustenten en la mejor evidencia disponible procedente de la investigación, los cuales van las allá de la eficacia y seguridad de las intervenciones e incluyen un análisis de contexto, la prioridad del problema, valores, preferencias, experiencias, las implicaciones de financiación y recursos, la equidad, viabilidad, asequibilidad, la aceptabilidad de las partes interesadas, la sostenibilidad y eficiencia, entre otros.

Por lo cual, **se aspira que los profesionales, equipos interdisciplinarios de cuidado, así como responsables en niveles tácticos y estratégicos, tengan en cuenta estos lineamientos para tomar decisiones que generan valor en salud, en el marco de un modelo integral centrado en las personas, a través de decisiones compartidas, lo que implica tener en cuenta la evidencia así como las preferencias, creencias y valores individuales de la persona, garantizando la comprensión de los riesgos, beneficios y consecuencias de las diferentes opciones de cuidado a través de una discusión abierta, empática y compasiva.**

Contenido

Resumen	3
Introducción	4
Objetivo	6
Alcance	6
Población	6
Aspectos de salud y ámbito de aplicación	6
Usuarios	6
Metodología	7
Búsqueda, selección y evaluación de evidencia	7
Redacción de estándares	7
Estándares de práctica clínica	8
Población general	8
Dimensión 1. Diagnóstico de la persona con depresión	8
Dimensión 2. Tratamiento de la persona con depresión	15
Dimensión 3. Seguimiento de la persona con depresión	36
Mujeres en periodo perinatal	44
Dimensión 1. Diagnóstico de depresión en mujeres en periodo perinatal	44
Dimensión 2. Tratamiento de las mujeres con depresión en el periodo perinatal	46
Dimensión 3. Seguimiento de las mujeres con depresión en el periodo perinatal	53
Adulto mayor	54
Dimensión 1. Diagnóstico del adulto mayor con depresión	54
Dimensión 2. Tratamiento en adultos mayores con depresión	55
Dimensión 3. Seguimiento de los adultos mayores con depresión	61
Personas con problemas crónicos de salud física	63
Dimensión 1. Diagnóstico de la persona con depresión	63
Dimensión 2. Tratamiento de la persona con problemas crónicos de salud física y depresión	63
Dimensión 3. Seguimiento de la persona con problemas crónicos de salud física y depresión	71
Recomendaciones clave	72
Consideraciones adicionales	75

Bibliografía	77
Anexos	81
Anexo 1. Búsqueda de GPC	81
Anexo 2. Evaluación AGREE II	84
Anexo 3. Sistemas de gradación de la evidencia.....	85
Anexo 4. Declaración de conflicto de interés e información del proceso de revisión y consenso	91
Anexo 5. Algoritmos	95
Anexo 6. Instrumento PHQ-4	103
Anexo 7. Instrumento PHQ-9	103
Anexo 8. Instrumento Escala de depresión posnatal de Edimburgo - EPDE ..	105
Anexo 9. Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale- GDS)....	107

Lista de tablas

Tabla 1. Factores de riesgo de presentar un episodio depresivo	8
Tabla 2. Criterios diagnósticos de depresión y clasificación del trastorno depresivo de la CIE- 10.....	9
Tabla 3. Criterios diagnósticos de depresión y clasificación del trastorno depresivo de la CIE- 11.....	10
Tabla 4. Factores que aumentan el riesgo de suicidio.....	13
Tabla 5. Aspectos a discutir y acordar para el plan de manejo	19
Tabla 6. Eventos adversos por uso de antidepresivos.....	20
Tabla 7. Aspectos a tener en cuenta al momento de suspender antidepresivos.....	23
Tabla 8. Opciones de tratamiento para personas con depresión leve	25
Tabla 9. Opciones de tratamiento para personas con depresión severa.....	28
Tabla 10. Opciones para una siguiente línea de tratamiento	31
Tabla 11. Aspectos a tener en cuenta en el seguimiento de personas con depresión ..	36
Tabla 12. Interpretación de PHQ-9	37
Tabla 13. Opciones de tratamiento para evitar recaídas.....	42
Tabla 14. Categorías FDA para uso de fármacos en el embarazo.....	47
Tabla 15. Opciones de tratamiento psicológico en adultos mayores.	57
Tabla 16. Intervenciones según el nivel de riesgo de suicidio en personas con problemas crónicos de salud.....	65

Siglas y abreviaturas

ATC: antidepresivos tricíclicos

BPC: Buena Práctica Clínica

CIE-11: Clasificación internacional de enfermedades, 11.ª edición

EPDE: Escala de depresión posnatal de Edimburgo

GPC: Guía de Práctica Clínica

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa

IMC: Índice de Masa Corporal

IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

OMS: Organización Mundial de la Salud

PBP: Punto de Buena Práctica

RSL: Revisión Sistemática de la Literatura

STPP Psicoterapia psicodinámica a corto plazo

TCC: Terapia cognitivo conductual

TIP: Psicoterapia interpersonal

Resumen

Introducción

La depresión o trastorno depresivo es una enfermedad, caracterizada por ánimo triste la mayor parte del tiempo y/o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo (mayor parte del día o casi todos los días).

Objetivo

Brindar estándares de práctica informados en la evidencia científica y en la experiencia clínica que le permitan al personal de salud diagnosticar, tratar y realizar el seguimiento de personas adultas con sospecha o diagnóstico de depresión.

Metodología

Se realizó una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica, publicadas en los últimos cinco años en idioma inglés o español, la evaluación de su calidad metodológica se realizó utilizando AGREE II. Con base en las recomendaciones de las guías identificadas se redactaron los estándares para este documento, los cuales fueron consensuados por la Comisión Global de Salud Keralty.

Resultados

Producto de la búsqueda y selección se identificaron siete guías. Se revisaron también guías vigentes en los países Keralty: Colombia, Estados Unidos, México y Perú, así como el documento guía de intervención mhGAP de la OMS. Se redactaron 253 estándares de práctica clínica para personas con sospecha o diagnóstico de depresión que pertenecen a los grupos poblacionales: población general, mujeres en periodo perinatal, adultos mayores y personas con condiciones crónicas. Los estándares se disponen en tres dimensiones: diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Conclusiones

El diagnóstico debe ser basado en criterio clínico. Si bien puede apoyarse en herramientas y criterios establecidos, estos no reemplazan la valoración y juicio clínico. El tratamiento y seguimiento de la persona con depresión debe ser acordado con la persona, teniendo en cuenta las características de la condición, necesidades, alternativas de tratamiento, su efectividad y seguridad, y las preferencias del paciente.

Palabras clave

Depresión, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, adulto mayor, gestantes, postparto.

Introducción

La depresión o trastorno depresivo es una enfermedad común (1,2), caracterizada por ánimo triste la mayor parte del tiempo y/o la pérdida del placer o el interés por actividades durante largos períodos de tiempo (mayor parte del día o casi todos los días) (1,3) afectando las relaciones familiares, sociales, y la vida diaria (capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida) (1,2). Dentro de las causas se describen factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos (2).

La depresión habitualmente se presenta de manera concomitante con otras enfermedades mentales y físicas (1,4). La relación entre la salud física y la depresión puede darse porque la depresión y algunas enfermedades comparten factores de riesgo o porque las personas con patologías como cáncer, diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias tienen un mayor riesgo de sufrir depresión (1), de hecho, algunos medicamentos usados en los tratamientos pueden contribuir al desarrollo de los síntomas depresivos (4).

Alrededor del 3,8% de la población mundial experimenta depresión. La frecuencia es mayor en el adulto (5%) y en adultos mayores de 60 años (5,7%) y, en cuanto al sexo, las mujeres son quienes tienen mayor probabilidad de tener un trastorno depresivo (1). Se ha descrito que la depresión se presenta aproximadamente en el 11,9% de las mujeres en el periodo perinatal (5). La depresión puede desencadenar pensamientos de muerte o suicidio, este último es la cuarta causa de muerte en personas entre los 15 a 29 años (1).

Un metaanálisis que analizó 68 estudios realizados en 30 países durante 1994 y 2014, se reportó una prevalencia de depresión del 12.9% en la población global, siendo el 14.4% personas de género femenino y el 11.5% masculino, y del 20.6% en la población latinoamericana (6).

De acuerdo con las cifras oficiales de MinSalud en 2015 (7), al menos un 19.7% de los adolescentes colombianos de 12 a 17 años, el 10.9% de los adultos de 18 a 44 años y el 23.3% de los adultos de más de 44 años presentaron síntomas de depresión moderados-severos, siendo mayor la prevalencia en mujeres (21.0%, 13.9% y 29.3%, respectivamente) que en hombres (15.0%, 6.5% y 14.2%, respectivamente).

Adicionalmente, posterior a la pandemia por COVID-19 la prevalencia de ansiedad y de depresión en todo el mundo aumentó (8–11). Un estudio reciente se identificó una prevalencia de depresión del 35% en los 18061 participantes, siendo los grupos sociales más afectados las personas con bajos ingresos (36% y 46%), estudiantes (35% y 46%), adultos jóvenes de 18 a 29 años (37% y 48%) y mujeres (31% y 36%), respectivamente (12).

Ante la necesidad de unificar los criterios para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas adultas con depresión, se presentan los estándares de práctica clínica para la población adulta general con trastorno depresivo, para las dimensiones mencionadas anteriormente, y brindando consideraciones particulares para los adultos mayores, mujeres en periodo perinatal y personas con condiciones crónicas en su salud física.

Estos estándares son, por tanto, el resultado de un esfuerzo conjunto de Keralty para proporcionar herramientas que permitan la estandarización de la práctica clínica, como uno de los principales pilares de la implementación del Modelo Keralty de Salud Mental: Kalma. Salud Mental para Todos; el cual es “un modelo de atención integrada centrado en la persona que incorpora el desarrollo de los ejes social y comunitario con la perspectiva de la integración de los servicios y la transversalidad; para asegurar la atención continua a las personas con trastornos en salud mental” (13).

El modelo de salud mental Kalma contempla 3 dimensiones iniciales que pretenden dar respuesta a las necesidades sanitarias, sociales y comunitarias. Desde la respuesta sanitaria se busca impactar la patología propia del trastorno mental, con el objetivo de mejorar la salud e impactar de manera positiva en el bienestar de las personas con trastornos de salud mental. Desde la respuesta social, se pretende impactar en aquellas limitaciones que impiden a los individuos con estas patologías poder desarrollar una vida cotidiana con autonomía a nivel personal y profesional, y desde la respuesta comunitaria se pretende lograr la máxima integración de la familia y de la comunidad y propender por la participación activa de la persona en la vida social y productiva, este último componente es apoyado por los programas y planes que promueven la participación activa de las comunidades desde el reconocimiento de los activos en salud y los recursos disponibles para apoyar a las personas con trastornos en salud mental y a sus familias, contribuyendo al desarrollo de comunidades educadas, empoderadas y sensibilizadas, con capacidad de intervención en su ámbito de acción. Una nueva dimensión se ha incluido recientemente que es la de educación, innovación e investigación en donde Keralty tiene el firme propósito de contribuir al conocimiento colectivo en lo relacionado con Salud Mental (13).

Finalmente, se debe resaltar que estos estándares informados en evidencia para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas adultas con diagnóstico de depresión en atención primaria, deberán ser adaptados para cada paciente según el juicio clínico y dependiendo de sus características sociodemográficas y de las regulaciones existentes a nivel local.

Objetivo

Brindar estándares de práctica informados en la evidencia científica y en la experiencia clínica que le permitan al personal de salud diagnosticar, tratar y realizar el seguimiento de personas adultas con sospecha o diagnóstico de depresión.

Alcance

Población

1.1. Población diana

Población adulta (≥ 18 años) con sospecha o diagnóstico de depresión (leve, moderada, severa)

Subgrupos:

- Adultos mayores
- Mujeres en periodo perinatal
- Personas con condiciones crónicas de salud física

1.2. Población no incluida

- Menores de 18 años.
- Personas con trastornos afectivos secundarios a lesiones cerebrales.
- Personas con trastorno afectivo bipolar.
- Personas con trastorno del afecto secundario al consumo de sustancias psicoactivas.

Aspectos de salud y ámbito de aplicación

Los contenidos tienen alcance en el primer nivel de atención (ambulatoria y de urgencias), enfocadas a los aspectos de diagnóstico, tratamiento farmacológico, psicológico y comunitario, y seguimiento de personas con sospecha o diagnóstico de depresión. No se incluyen aspectos relacionados a prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida.

Usuarios

Este documento está dirigido al personal de salud de primer contacto con las personas en las diferentes empresas del grupo Keralty, incluyendo médicos generales, médicos especialistas en psiquiatría, urgencias, medicina familiar, profesionales en enfermería, psicólogos y demás personal de salud involucrado en la atención de personas con depresión. Está dirigido también al personal que toma decisiones administrativas y generadores de políticas de salud en las empresas del grupo.

Metodología

El presente documento fue elaborado con base en el Manual para la adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia en Keralty (14). Se conformó un grupo de trabajo multidisciplinario con representantes de las empresas Keralty Colombia, donde participaron especialistas en psiquiatría y epidemiología, quienes definieron el alcance, objetivos y preguntas clínicas de interés, las cuales se organizaron en 3 módulos: diagnóstico, tratamiento, y seguimiento así:

Preguntas orientadoras

1. ¿Cómo identificar si la persona tiene depresión? (Dimensión diagnóstico)
2. ¿Cómo hacer el manejo de una persona con depresión? (Dimensión tratamiento)
 - a. ¿Cuáles intervenciones psicológicas deben considerarse en el manejo de una persona con depresión?
 - b. ¿Cuáles intervenciones sociales (a nivel comunitario) deben considerarse en el manejo de una persona con depresión?
 - c. ¿Cuáles intervenciones farmacológicas deben considerarse en el manejo de una persona con depresión?
3. ¿Qué consideraciones deben tenerse en cuenta para realizar el seguimiento de personas con depresión? (Dimensión seguimiento)

Búsqueda, selección y evaluación de evidencia

Se realizó una búsqueda sistemática de Guías de Práctica Clínica (GPC) en sitios recopiladores y desarrolladores de GPC. Las fuentes de información, las estrategias de búsqueda utilizadas y los resultados identificados se presentan en el Anexo 1.

Se eligieron GPC que tuvieran como tema principal depresión en adultos, publicadas en los últimos cinco años en idioma inglés o español. Las GPC fueron evaluadas por AGREE II.

Redacción de estándares

Para cada pregunta, se realizó la extracción de las recomendaciones de los documentos fuente y a partir de estas se redactaron los estándares para este documento. La certeza de evidencia se incluye de acuerdo con el sistema de gradación original de cada GPC fuente; los sistemas de gradación se resumen en el Anexo 3. El documento preliminar fue revisado al interior del grupo desarrollador. Los aportes recibidos fueron discutidos al interior del grupo y se incorporaron en el documento. Finalmente, la versión ajustada fue revisada y consensuada por la Comisión Global de Salud Keralty (Ver Anexo 4).

Estándares de práctica clínica

Se preseleccionaron 26 referencias que pasaron por la tamización primaria y tamización secundaria, luego de la cual, siete GPC fueron evaluadas en su calidad metodológica con el instrumento AGREE II por dos evaluadores independientes (Ver Anexo 2). Para la selección, se priorizaron las GPC con mayor calidad, más recientes y cuyo alcance abordara la mayor cantidad de preguntas a responder de este documento (15–17). Se revisaron también GPC vigentes en países Keralty: Colombia (18,19), Estados Unidos (20,21), México (22–24) y Perú (25), así como el documento guía de intervención mhGAP de la OMS (26,27).

A continuación, se presentan los estándares de práctica clínica para personas con sospecha o diagnóstico de depresión que pertenecen a los grupos poblacionales: población general, mujeres en periodo perinatal, adultos mayores y personas con condiciones crónicas. Los estándares se disponen en tres dimensiones: diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Los algoritmos pueden encontrarse en el Anexo 5.

Población general

Dimensión 1. Diagnóstico de la persona con depresión

1. Cuando se atiende a una persona, se recomienda que preste atención a la presencia de: antecedentes de depresión, enfermedades crónicas especialmente cuando alteran la funcionalidad (15) u otros factores de riesgo (ver Tabla 1) (Recomendación fuerte a favor) (18).

Tabla 1. Factores de riesgo de presentar un episodio depresivo

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

Factores de riesgo para presentar un episodio depresivo
k) Historial de exposición a la violencia
l) Antecedentes de violencia o abuso sexual

Fuente: Adaptado de GPC Colombia (18) y consenso de expertos.

2. Si sospecha que la persona pueda tener depresión, realice la tamización considerando el uso de las herramientas PHQ-4 o PHQ-9 (Anexo 6 o Anexo 7) (consenso de expertos).
3. En caso de obtener en el tamizaje un valor ≥ 3 para la subescala de depresión en PHQ-4 o un puntaje > 5 en PHQ-9, confirme el diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente y determine su severidad (consenso de expertos) (Recomendación fuerte a favor) (18). Puede usar los criterios de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) (Punto de buena práctica clínica) (18), o aquellos vigentes en el contexto. Ver Tabla 2 y Tabla 3.

Tenga en cuenta:

- Los criterios de la clasificación internacional de enfermedades son un apoyo, el criterio clínico es el que define el diagnóstico (consenso de expertos).
- En personas con dificultades de comunicación, use un método de comunicación de acuerdo a las necesidades de la persona, en el caso que sea factible (ej. Intérprete lenguaje de señas) o haga las preguntas al familiar o cuidador (15).
- Considere usar medidas validadas para síntomas, funcionalidad o discapacidad (15).

Tabla 2. Criterios diagnósticos de depresión y clasificación del trastorno depresivo de la CIE- 10.

Definición de depresión
<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. 2. El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad para disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Además, debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista para que la suma total sea al menos de 4:</p>

<ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza y de la estimación de sí mismo, y sentimientos de inferioridad. 2. Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio, o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. 6. Cualquier tipo de alteraciones del sueño. 7. Cambios en el apetito (disminución o aumento), con la correspondiente modificación del peso. 	
<p>Los episodios depresivos se convierten en trastorno depresivo recurrente cuando, además del episodio actual, ha habido por lo menos un episodio depresivo leve, moderado o grave separado del nuevo al menos por dos meses libres de cualquier otra alteración significativa del ánimo y no presenta síntomas que cumplan con los criterios de episodio maníaco o hipomaníaco en cualquier período de la vida.</p>	
Criterios de gravedad	Características
Episodio depresivo leve	Están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve, probablemente, está apta para continuar la mayoría de sus actividades.
Episodio depresivo moderado	Están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C, hasta sumar un mínimo de seis síntomas. La persona con un episodio moderado, probablemente, tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.
Episodio depresivo grave	Deben existir los tres síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de ocho síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes; en especial, la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son comunes las ideas y las acciones suicidas, y se presentan síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o el delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Fuente: GPC Colombia (18) tomado de Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.

Tabla 3. Criterios diagnósticos de depresión y clasificación del trastorno depresivo de la CIE- 11.

Definición de depresión
Se define como la disminución del estado de ánimo y el interés en las actividades en la mayor parte del día, casi todos los días, durante al menos dos semanas y acompañada de:

D. Capacidad reducida para concentrarse y mantener la atención o marcada indecisión
E. Creencias de baja autoestima o culpa excesiva o inapropiada
F. Desesperanza sobre el futuro
G. Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o evidencia de intento de suicidio
H. Sueño significativamente interrumpido o sueño excesivo
I. Cambios significativos en el apetito o el peso
J. Agitación o retraso psicomotor
K. Energía reducida o fatiga

Tipo de trastorno depresivo	Características
Trastorno depresivo de episodio único	No hay antecedentes de episodios depresivos previos. Nunca ha habido episodios maníacos, hipomaníacos o mixtos previos que indiquen la presencia de un trastorno bipolar.
Trastorno depresivo recurrente	El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo. Nunca ha habido ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o un episodio mixto, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar.
<i>Según severidad, puede ser:</i>	
Leve	Se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo y el episodio es de gravedad leve. En un episodio depresivo leve, el individuo suele estar angustiado por los síntomas y tiene alguna dificultad para continuar funcionando en uno o más dominios (personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otros dominios importantes). No hay delirios ni alucinaciones durante el episodio.
Moderado	Se cumplen los requisitos de definición de un episodio depresivo, no hay antecedentes de episodios depresivos previos, el episodio es de gravedad moderada. En un episodio depresivo moderado, varios síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o un gran número de síntomas depresivos de menor gravedad están presentes en general. El individuo típicamente tiene una dificultad considerable para funcionar en múltiples dominios (personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otros dominios importantes).
Grave	En un episodio depresivo severo, muchos o la mayoría de los síntomas de un episodio depresivo están presentes en un grado marcado, o están presentes un número menor de síntomas y se manifiestan en un grado intenso. El individuo tiene serias dificultades para continuar funcionando en la mayoría de los

	dominios (personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otros dominios importantes).
--	---

Fuente: NICE 2022 (15), CIE – 11 (3)

4. Evalúe de manera integral (15):

- la gravedad de los síntomas,
- el historial previo de depresión, trastornos físicos o de salud mental coexistentes, duración y respuesta a tratamientos,
- el curso de la enfermedad,
- el grado de deterioro funcional o discapacidad asociados al episodio depresivo,
- los factores que afecten el curso de la enfermedad:
 - fortalezas, recursos personales (red de apoyo) y dificultades con relaciones interpersonales anteriores y actuales;
 - estilo de vida (hábitos alimentarios, actividad física, sueño, consumo de drogas o alcohol);
 - condiciones de vida (deudas, situación laboral, soledad y aislamiento social);
 - experiencia reciente o pasada de eventos vitales estresantes o traumáticos.

5. Realice el diagnóstico diferencial teniendo en cuenta enfermedades como: demencia, hiper o hipotiroidismo, cáncer de páncreas, enfermedad de Addison, tumores cerebrales, avitaminosis, desnutrición, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica; trastorno afectivo bipolar, abuso de sustancias y trastornos de ajuste (Recomendación fuerte a favor, por consenso de expertos) (18) y efectos secundarios de medicamentos (26) .

6. En caso de que la persona presente uno o más de los siguientes síntomas: síntomas físicos inexplicables, dolor crónico, fatigabilidad, insomnio, ansiedad y uso de sustancias; se recomienda descartar otras condiciones médicas y confirmar el diagnóstico de depresión (Recomendación fuerte a favor, por consenso de expertos) (18).

7. Evalúe el riesgo de suicidio. Indague por espectro suicida (ideación, plan estructurado, gestos, intentos o comportamientos de autoagresión)¹ y por

¹ Puede considerar las siguientes preguntas (18): Actualmente usted: 1. ¿Siente que vale la pena vivir?, 2. ¿Desea estar muerto?, 3. ¿Ha pensado en acabar con su vida?, 4. Si es así, ¿ha pensado cómo lo haría? ¿Qué método utilizaría?, 5. ¿Tiene usted acceso a una forma de llevar a cabo su plan? (explorar si existen medios para concretar un acto suicida: posesión de armas, disponibilidad de medicamentos o sustancias de alta toxicidad), 6. ¿Qué le impide hacerse daño?

factores que puedan aumentar el riesgo de suicidio (Tabla 4), descartando la intención no suicida (15,18) (consenso de expertos).

La valoración clínica puede estar soportada en el uso de escalas validadas o por la factibilidad de realización en el contexto (p. ej. Escala SAD PERSONS, L-RAM, entre otras), teniendo en cuenta los recursos disponibles (consenso de expertos).

En caso de riesgo de autolesión o suicidio organice la ayuda necesaria, indague por el apoyo social con el que cuenta la persona y si conoce fuentes de ayuda. Indíquelo a la persona que busque más ayuda si su situación empeora (15).

En caso de riesgo de suicidio o riesgo inmediato (para la persona o para los demás) (15), ideación suicida persistente o si ya existió un intento de suicidio, remita a un servicio de urgencias para ser valorado por psiquiatría inmediatamente (Grado de recomendación: C) (23). Ver estándar 64-67.

Tabla 4. Factores que aumentan el riesgo de suicidio.

Historia médica previa	Síntomas	Factores sociales-vitales
Historia de intentos previos.	Anhedonia.	Estado civil (soltero, viudo, divorciado o separado).
Un intento previo de alta letalidad o con métodos violentos (ahorcamiento, precipitación desde alturas, uso de armas de fuego, incineración).	Ansiedad severa.	Pérdida de algún ser querido.
Abuso o dependencia de sustancias.	Ataques de pánico.	Pobre red de apoyo.
Trastorno de personalidad.	Desesperanza.	Vivir solo.
Enfermedad física comórbida (Enfermedad crónica, terminal, dolor o discapacidad)	Insomnio.	Antecedentes de suicidio en el entorno
Historia familiar de suicidio.	Pobre concentración.	Edad avanzada
Comorbilidad con trastornos de ansiedad.	Psicosis.	
Antecedentes de hospitalización psiquiátrica.	Ideas de muerte	
	Pérdida del sentido de la vida	

Fuente: GPC Colombia (18), GPC México (23) y APA 2010 (21).

8. Explique al familiar o cuidador el riesgo existente de suicidio (Punto de buena práctica clínica) (18).
9. Cuando se realice el diagnóstico de depresión, ofrezca a la persona toda la información necesaria sobre el trastorno, sus opciones de tratamiento y las explicaciones para reducir el sentimiento de culpa y el estigma (23). Si

identifica alguna condición de deterioro cognitivo adquirido o discapacidad, busque alternativas que permitan la comunicación y, si es necesario, consulte con un especialista para el desarrollo de estrategias de tratamiento (15).

10. Tenga en cuenta que las personas que tienen síntomas de depresión crónica² puede que no hayan buscado atención previamente y no sepan de su diagnóstico. Hable sobre su estado de ánimo y síntomas para ayudar a acceder al tratamiento (15).
11. En caso de que se confirme el diagnóstico de episodio depresivo, proceda a descartar la depresión bipolar. Sospeche de depresión bipolar si se presenta alguna de las siguientes situaciones (BPC) (25):
 - Episodio hipomaniaco por cuatro días o más (actual o pasado).
 - Episodio maniaco por una semana o más.
12. Descarte el espectro bipolar para evitar dar tratamiento a un primer episodio depresivo y ocasionar un viraje (consenso de expertos). Algunos criterios para detectar el espectro bipolar son (28):
 - A. Por lo menos un episodio depresivo
 - B. Sin episodios hipo/maníacos espontáneos
 - C. Cualquiera de los siguientes más dos ítems del criterio D o los dos juntos más 1 ítem del criterio D:
 - 1. Historia familiar de 1er grado de Trastorno Bipolar
 - 2. Inducción de hipo/manía por antidepresivos
 - D. Si no hay ningún ítem del criterio C, seis de los nueve ítems siguientes:
 - 1. Personalidad hipertímica
 - 2. Episodios depresivos recurrentes (mayor a 3)
 - 3. Episodios depresivos breves (menores a 3 meses)
 - 4. Síntomas depresivos atípicos (según DSM)
 - 5. Episodios depresivos psicóticos
 - 6. Inicio depresivo temprano (menos de 25 años)
 - 7. Depresión postparto
 - 8. Agotamiento de respuesta a los antidepresivos

² “Las personas con síntomas depresivos crónicos incluyen a aquellas que cumplen continuamente los criterios para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor durante al menos 2 años, o que tienen síntomas subumbrales persistentes durante al menos 2 años, o que tienen un estado de ánimo bajo persistente con o sin episodios concurrentes de depresión mayor durante al menos 2 años. Las personas con síntomas depresivos también pueden tener una serie de dificultades sociales y personales que contribuyen al mantenimiento de sus síntomas depresivos crónicos” (15).

- 9. Falta de respuesta a 3 o más pruebas con antidepresivos

13. En caso de sospechar depresión bipolar, remita a un especialista en psiquiatría para su diagnóstico y tratamiento (BPC) (25).

Dimensión 2. Tratamiento de la persona con depresión

Estilo de vida

14. Para mejorar la sensación de bienestar aconseje seguir una dieta saludable, evitar el consumo en exceso de alcohol, dormir lo suficiente y realizar actividad física de manera regular (15,21), preferiblemente si son actividades al aire libre (15).

15. En personas con depresión se recomienda:

- Realizar actividad física rutinaria sola para el tratamiento de personas adultas con episodios depresivos leves o como terapia adjunta si el episodio es moderado o grave (Recomendación fuerte a favor) (18).
- Promover realizar ejercicio entre 30 y 45 minutos al menos 3 veces por semana, durante 10 a 14 semanas (Recomendación fuerte a favor) (18), pueden prescribirse ejercicios como caminar, trotar o correr (BPC) (25).
- La prescripción de ejercicio depende de la condición física de cada persona como complemento de la terapia farmacológica o psicoterapia (BPC) (25).
- Mantener una rutina cotidiana y hábitos de vida saludable (Recomendación fuerte por consenso de expertos) (18).
- Promover higiene del sueño (Recomendación fuerte a favor por consenso de expertos) (18).

Generalidades del tratamiento

16. Discuta con la persona sobre qué podría estar contribuyendo al desarrollo de su depresión y las expectativas que se tengan en relación al tratamiento (15). Explique las opciones de tratamiento (beneficios, eventos adversos, tiempos de espera y resultados esperados), indague por sus preferencias, por experiencias de episodios depresivos y tratamientos anteriores (incluyendo tratamientos a familiares de primer grado, eficacia y eventos adversos). Dedique el tiempo suficiente en la discusión inicial sobre las opciones de tratamiento y tome una decisión compartida, diligencie el consentimiento informado y registre lo discutido en la historia clínica (15) (consenso de expertos).

17. Si la persona está de acuerdo, involucre a familiares, cuidadores u otras personas de apoyo en parte o totalidad del tratamiento (15).

18. Proporcione la opción de ver a un profesional con el que tenga buena relación o cambiar de profesional si la relación no funciona (15).
19. Cuando considere el tratamiento para la persona con depresión, tenga en cuenta (15,18):
- Llevar a cabo una evaluación de la necesidad, duración del episodio, características y evolución de síntomas (Recomendación fuerte a favor).
 - Desarrollar un plan de tratamiento.
 - Los efectos adversos potenciales (Recomendación fuerte a favor).
 - Cualquier problema de salud física y mental coexistente.
 - La probabilidad de ser adherente al tratamiento (Recomendación fuerte a favor). Analizar los factores que harían a la persona propensa a participar en el tratamiento (incluida la revisión de las experiencias previas).
 - El historial de tratamiento previo: características de episodios anteriores y su respuesta a los tratamientos (Recomendación fuerte a favor).
 - Abordar cualquier barrera para la entrega de tratamientos debido a discapacidades, lenguaje o dificultades de comunicación. Considere comunicar las intervenciones en el idioma de preferencia de cada persona cuando sea posible (15,29).
 - Asegurar un enlace regular entre los profesionales de la salud en entornos especializados y no especializados, si la persona está recibiendo apoyo o tratamiento especializado.
 - Las preferencias de las personas (Recomendación fuerte a favor).
 - Priorizar el tratamiento menos intrusivo y más eficiente en recursos, apropiado para sus necesidades o que le haya funcionado antes.
20. En el manejo de insomnio en adultos con diagnóstico de depresión considere en su orden: medidas no farmacológicas (medidas de higiene del sueño, técnicas de relajación/respiración y terapia cognitivo-conductual), en caso de considerar tratamiento farmacológico considere medicamentos hipnóticos no benzodiazepínicos (consenso de expertos).
21. En personas con deterioro cognitivo adquirido proporcione las mismas intervenciones que para otras personas cuando sea posible y ajuste el método de entrega o duración (en caso de requerirse) de acuerdo a la capacidad de comunicación o discapacidad (15). Ver estándares en la sección *Dimensión 2. Tratamiento de la persona con problemas crónicos de salud física y depresión.*
22. Construya una relación de confianza con la persona con depresión y promueva la continuidad de la atención registrando las preferencias de la persona y ofreciendo la oportunidad de ver al mismo profesional de salud (15).

23. Debe garantizarse a las personas con depresión la disponibilidad de los tratamientos oportunamente (Grado de recomendación: B) (23) y, en casos de depresión severa, garantizar su acceso, provisión, monitoreo de resultados y de experiencia (15).
24. En casos de depresión leve el manejo debe ser no farmacológico y tener seguimiento por equipos de salud mental de acuerdo con el contexto y los recursos disponibles (consenso de expertos).
25. En caso de depresión moderada o severa, remita a un especialista en psiquiatría para iniciar su tratamiento (consenso de expertos).
26. En personas con depresión severa o síntomas depresivos crónicos y condiciones coexistentes que compliquen su situación, ofrezca un plan de atención multidisciplinario que (15,29):
- Se elabore con el consentimiento de la persona.
 - Se diseñe en conjunto con el médico tratante y las personas relevantes y se incluyan sus funciones.
 - Ofrezca información de contacto sobre opciones de apoyo las 24 horas.
 - Sea compartido con la familia.
 - Incluya un plan de crisis (identificación de desencadenantes y la forma de abordarlos).
 - En el caso de considerar tratamiento farmacológico, contenga un plan para inicio, revisión y suspensión de medicación.
 - Sea susceptible a ser actualizado o modificado.

Adherencia

27. Para promover la adherencia, proporcione a la persona y a sus familiares o cuidadores (en el que caso que se haya decidido involucrarlos) información simple y objetiva sobre el tratamiento para promover su adherencia (Grado de recomendación: A) (23).
28. Se recomienda promover la adherencia a los tratamientos a través de psicoeducación u otros mecanismos como (Recomendación fuerte a favor) (18):
- Establecer una adecuada relación con el profesional de la salud.
 - Garantizar el acompañamiento durante el tratamiento (p. ej. a través de llamada, mensaje etc.).
 - Fomentar el establecimiento de hábitos.

- Realice prescripciones sociales³ en salud mental y comunitarios (incluyendo actividad física), de acuerdo con los recursos disponibles (consenso de expertos).
- Psicoeducación dirigida a la red de apoyo (familia) (consenso de expertos).

Tratamiento en personas con riesgo de suicidio

29. En personas con riesgo de suicidio (30):

- Evite suspender el tratamiento (teniendo como base el riesgo de suicidio).
- Revise su red de apoyo y la toxicidad en sobredosis del antidepresivo y de la medicación que esté tomando (29). En caso de enfermedades crónicas revise la *Dimensión 2. Tratamiento de la persona con problemas crónicos de salud física y depresión*.
- Considere aumentar el nivel de apoyo. Realice contactos más frecuentes (ya sea presencial o virtual).

Tratamiento psicológico y psicosocial

30. Para determinar las características del tratamiento (p. ej. forma, estructura, duración) utilice los manuales de las intervenciones psicológicas y psicosociales (15).

31. Considere basarse en los manuales de las intervenciones psicológicas y psicosociales para capacitar y supervisar (15).

32. La duración de cada sesión de psicoterapia con diferentes modalidades (virtual o presencial, grupal o individual) y por profesional de salud capacitado o entrenado idealmente debe ser como mínimo: entre 45 y 60 minutos, con una frecuencia de una vez por semana, durante tres meses (consenso de expertos).

PBP: se sugiere que la implementación del lineamiento considere el contexto y condiciones propias de cada país o empresa Keralty, teniendo en cuenta que la duración y frecuencia definida impacte en los resultados en salud esperados.

PBP: considerar la implementación de estrategias en telesalud, salud digital u otras herramientas tecnológicas que permitan garantizar acceso y cobertura.

³ Prescripción social: es un mecanismo por medio del cual cualquier miembro de la comunidad o de los equipos integrales de cuidado, posterior al análisis y conocimiento de una persona y su realidad, sugiere o recomienda recursos (activos) propios y de su entorno que pueden impactar positivamente su condición de salud, bienestar y calidad de vida. El proceso de prescripción social debe ser visto como una búsqueda consensuada que cuenta con la participación activa del consultante, identificando juntos el tipo de actividades que pueden ser beneficiosas para afrontar una determinada situación de salud. Es una acción diferente, aunque complementaria, a la prescripción de un medicamento, terapia, procedimiento, etc.

33. Para la estructuración del plan terapéutico de intervenciones breves o en crisis en términos de frecuencia y duración se sugiere realizar mínimo realizar 6 sesiones y entre 45 y 60 minutos, ajustando de acuerdo a las necesidades del paciente (consenso de expertos).
34. Use medidas de desenlace de manera rutinaria para revisar la eficacia del tratamiento (ver sección de seguimiento) (Punto de buena práctica clínica) (18).
35. Las intervenciones psicoterapéuticas deben ser realizadas por profesionales competentes⁴ (Punto de buena práctica clínica) (18) y deben recibir supervisión clínica de manera regular con el consentimiento de la persona (15).
36. Cuando esté próximo por finalizar el tratamiento psicológico revise las formas de mantener los beneficios de este (15).
37. En personas con problemas de pareja o entorno familiar disfuncional que perpetúen o refuercen los síntomas depresivos se sugiere psicoterapia de pareja o familia (Punto de buena práctica clínica) (BPC) (18,25).
38. Se puede considerar la psicoeducación de red de apoyo (familia, pareja u otro) durante el tratamiento de la depresión en los casos en que se identifique que los problemas de las relaciones afectivas cercanas pueden contribuir a la depresión (15) (consenso de expertos).

Tratamiento farmacológico

Inicio del tratamiento

39. Discuta y acuerde el plan de manejo. Los aspectos a discutir se enlistan en la Tabla 5.

Tabla 5. Aspectos a discutir y acordar para el plan de manejo

Aspectos a discutir	Información relevante para la persona
Razones de ofrecer los medicamentos	¿Cuál es la razón que apoya ofrecer los medicamentos? ¿Cuáles son los efectos al iniciar a tomar los antidepresivos?
Opciones de medicamentos, en el caso que distintos antidepresivos sean adecuados	¿Cuáles son las opciones de medicamentos? ¿Cuál es la percepción de las personas en cuanto eficacia y tolerabilidad (si ha tomado antes algún antidepresivo)?

⁴ Profesionales que demuestre experiencia certificada (psiquiatras, médicos, psicólogos clínicos, enfermeras entrenadas en salud mental) entrenados en la técnica terapéutica usada (basado en un manual).

Aspectos a discutir	Información relevante para la persona
Dosis y la posible necesidad de su ajuste	¿Cuándo será su siguiente revisión? ¿Por qué se necesita un seguimiento regular? ¿Cuál es la frecuencia para asistir a la siguiente revisión?
Beneficios	¿Cómo el medicamento puede ayudar a la mejoría que le gustaría ver a la persona en su vida? ¿Cómo automonitorear sus síntomas y cómo ayuda a sentirse involucrado en la propia recuperación?
Tiempo que se necesita para alcanzar el efecto	¿Cuánto tiempo se requiere para ver un efecto? (dentro de 4 semanas generalmente, si el antidepresivo va a funcionar) ¿Cuánto tiempo se requiere para alcanzar el efecto antidepresivo completo?
Efectos secundarios, efectos de síndrome de retiro	¿Cómo algunos efectos secundarios pueden persistir durante el tratamiento? ¿Cuáles son los efectos del síndrome de retiro y cómo se pueden minimizar?
Inquietudes sobre cómo tomar o suspender el medicamento	¿Cómo tomar la medicación (hora, interacciones medicamentosas y con alcohol)? ¿Por qué es importante tomar el medicamento como es prescrito? ¿Es necesario seguir el tratamiento después de la remisión de síntomas? (es posible que sea necesario seguir el tratamiento durante al menos 6 meses después de la remisión de los síntomas, pero debe revisarse periódicamente)

Fuente: Elaboración propia a partir de las recomendaciones de NICE 2022 (15); GPC Colombia (18).

40. Se recomienda considerar los efectos adversos de cada uno de los antidepresivos (Recomendación fuerte a favor) (18) (Ver Tabla 6):

Tabla 6. Eventos adversos por uso de antidepresivos

Medicamento	Efectos adversos
ATC	Arritmias, taquicardia sinusal, hipotensión postural y alteraciones en la conducción cardiaca; especialmente, en adultos mayores, personas con enfermedad cardiaca o en quienes están tomando múltiples medicamentos. Sequedad bucal y ocular y retención urinaria Crisis epilépticas: hay un leve incremento en el riesgo con los ATC. Somnolencia, constipación, delirio, mioclono, convulsiones, excitación, disfunción eréctil, disfunción orgásmica, diaforesis, riesgo de caída, sedación, aumento de peso. Toxicidad en sobredosis: puede ocurrir con todos, pero es mucho más alta con ATC y antidepresivos duales.

Medicamento	Efectos adversos
Antidepresivos duales	<p>Hipertensión arterial: se presenta más a menudo con antidepresivos duales; especialmente, dosis altas de venlafaxina.</p> <p>Disfunción sexual: se presenta a menudo en quienes toman ISRS y antidepresivos duales. El antidepresivo que tiene mayor riesgo de provocar disfunción sexual es la paroxetina, y el de menores efectos sexuales es el bupropión.</p> <p>Crisis epilépticas: pueden presentarse con sobredosis de bupropión.</p> <p>Toxicidad en sobredosis: puede ocurrir con todos, pero es mucho más alta con ATC y antidepresivos duales.</p> <p>Boca seca, dolor de cabeza, activación, insomnio, náusea y vómito: IRSN y bupropión</p> <p>IRSN: excitación, disfunción eréctil, acatisia</p> <p>Náuseas y vómito: se presentan más a menudo con los ISRS y los antidepresivos duales; especialmente, con la venlafaxina.</p>
ISRS	<p>Sangrado gastrointestinal: se presenta más a menudo con los ISRS; especialmente, en ancianos o al combinarlos con otros fármacos que puedan producir alteraciones gástricas, como los antiinflamatorios no esteroideos. Si se los prescribe a personas con alto riesgo de sangrado se recomienda el uso de medicamentos protectores de la mucosa gástrica.</p> <p>Insomnio y ansiedad: ocurren más a menudo con los ISRS.</p> <p>Diarrea: se presenta más a menudo con los ISRS; especialmente, con la sertralina.</p> <p>Dolor de cabeza, riesgo de caída, náusea y vómito, osteopenia, aumento de peso, excitación, disfunción eréctil, disfunción orgásmica, activación, bruxismo, acatisia.</p>
IMAO	Mioclono, síndrome de serotonina (severo), aumento de peso, disfunción orgásmica, hipertensión ortostática, crisis hipertensiva
Mirtazapina	<p>Aumento significativo de peso: se presenta más a menudo con la mirtazapina que con otros antidepresivos.</p> <p>Somnolencia, sedación.</p> <p>Incremento del colesterol</p>
Trazodona	Somnolencia, priapismo, hipotensión ortostática
Agomelatina	Somnolencia
Nefazodona	Hipotensión ortostática, hepatotoxicidad, sedación
Amoxapina	Convulsiones

Fuente: GPC Colombia (18) y APA 2010 (21)

41. En caso de prescribir antidepresivos duales o tricíclicos, se recomienda aumentar gradualmente la dosis, para evitar efectos colaterales intolerables (Recomendación fuerte a favor) (18).

- 42.No se recomienda el uso de reboxetina por su balance riesgo-beneficio (Recomendación fuerte en contra) (18).
- 43.No se recomienda el uso de agomelatina, por insuficiente evidencia acerca de su efectividad (Recomendación débil en contra) (18).
- 44.Dependiendo de los efectos colaterales que se presenten, tenga en cuenta (18):
- Si son leves y tolerables para la persona, se recomienda registrarlos y no hacer cambios en el tratamiento (Recomendación fuerte a favor por consenso de expertos).
Si los efectos no son tolerados por la persona, se recomienda cambiar el antidepresivo, (Recomendación fuerte a favor de la intervención).

Suspensión de antidepresivos

- 45.Realice el seguimiento de síntomas de recaída/recurrencia de la depresión de acuerdo a las características clínicas de la persona (15). Como mínimo, se sugiere que la persona a quien se le retire el medicamento sea evaluada al primer y al tercer mes para monitorizar la reaparición de síntomas (Recomendación débil a favor por consenso de expertos) (18).
- 46.Resalte la importancia de tomar los medicamentos según las indicaciones. Explique que, si deja de tomarlos, se salta una dosis o toman dosis incompletas, pueden tener síntomas de síndrome de retiro(15).
- 47.Los síntomas de síndrome de retiro no afectan a todos y son diferentes (tipo y severidad) entre las personas. Pueden ser síntomas leves que aparecen a los pocos días de reducir o suspender la medicación antidepresiva. Los síntomas de síndrome de retiro severos pueden aparecer, particularmente, si se suspende el medicamento de manera súbita (15).
- 48.Los síntomas de síndrome de retiro pueden ser (15,29):
- Inestabilidad, vértigo o mareos.
 - Sensaciones alteradas (por ejemplo, sensaciones de descarga eléctrica, parestesias).
 - Cambios de humor o sentimientos alterados (por ejemplo, irritabilidad, ansiedad, bajo estado de ánimo, llanto, ataques de pánico, miedos irracionales, confusión o, muy raramente, pensamientos suicidas)
 - Inquietud o agitación.
 - Problemas para dormir.
 - Sudoración.
 - Síntomas gastrointestinales (por ejemplo, náuseas).

- Palpitaciones, cansancio, dolores de cabeza y dolores en las articulaciones y los músculos.
49. Generalmente, los síntomas de síndrome de retiro desaparecen entre 1 y 2 semanas. En algunos casos donde los síntomas tienen mayor duración (p.ej. varias semanas o meses), el síndrome de retiro es más difícil (15).
50. Monitoree a las personas mientras se les reduce la dosis, indague por síntomas de síndrome de retiro. Determine la frecuencia del seguimiento con base en características clínicas y necesidad de apoyo (15).
51. Reconozca las personas que tienen preocupación o temor de suspender la medicación (p. ej. si han tenido intentos previos con síntomas de síndrome de retiro o regreso de la depresión) y brinde apoyo adicional para dejar la medicación con éxito, ya sea con un seguimiento más frecuente, llamadas o recursos escritos. Aconseje sobre la higiene del sueño (15).
52. Tenga en cuenta los aspectos mencionados en la Tabla 7 al momento de suspender la medicación antidepresiva de una persona.

Tabla 7. Aspectos a tener en cuenta al momento de suspender antidepresivos.

Aspecto	Consideraciones
Perfil farmacocinético	Aspectos como la vida media del medicamento, los antidepresivos con una vida media corta deberán reducirse más lentamente
	Por ejemplo, la acción prolongada de la fluoxetina, permite que en situaciones pueda ser suspendida de manera segura así: - Si toma 20 mg de fluoxetina/día, puede dosificarse un periodo en días alternos para hacer la reducción de la dosis. - Si toma dosis más altas, haga el retiro gradual. Evalúe los efectos de la reducción luego de 1 o 2 semanas, antes de hacer la siguiente reducción.
Duración del tratamiento	El tratamiento manteniendo la dosis con la que se obtuvo la remisión de los síntomas debe durar mínimo entre 6 y 12 meses para un primer episodio depresivo. Dependiendo de la recaída o reincidencia de los síntomas, el tratamiento tendrá que prolongarse (inclusive indefinidamente), según criterio clínico.
Dosis	Reducir la dosis de manera lenta y escalonada. Prescriba una proporción de la dosis anterior.
	La reducción se realiza de forma gradual. Considere usar reducciones más pequeñas a medida que la dosis sea más baja (p. ej. 25%). En el caso que no sea posible la disminución gradual en presentaciones como tabletas, considere el uso de presentaciones líquidas

Aspecto	Consideraciones
	Antes de continuar con la reducción de dosis, asegúrese que cualquier síntoma de síndrome de retiro se haya resuelto o la persona lo tolere.
	Tenga en cuenta otras características clínicas de la persona y evalúe en qué casos la retirada más rápida del medicamento es la opción con mayor beneficio (p. ej. Si presentan efectos secundarios graves o intolerables o al cambiar de antidepresivo)
Tiempo	Retirar la medicación puede tardar semanas o meses.
Tipo de antidepresivo	Los síntomas de síndrome de retiro se pueden presentar por el uso de distintos antidepresivos ATC, ISRS, IRSN, IMAO. La paroxetina y la venlafaxina se han relacionado más frecuentemente con los síntomas de síndrome de retiro.
Severidad de los síntomas de síndrome de retiro	Síntomas leves de síndrome de retiro: tranquilice a la persona, controle y monitoree los síntomas; explique que estos son limitados en el tiempo e indique que contacte al profesional de salud que recetó los medicamentos en caso de que los síntomas empeoren o persistan. Síntomas severos de síndrome de retiro: mientras controlan los síntomas, considere reiniciar el antidepresivo en su dosis anterior y posteriormente intente reducir a menor velocidad y en menor proporción después de que los síntomas hayan desaparecido.

ATC: antidepresivos tricíclicos, ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina-norepinefrina, IMAO: inhibidores de la monoaminooxidasa.

Fuente: Adaptado de NICE 2022 (15); GPC Perú (25); NICE 2009 (29).

53. Explique a las personas que tienen síntomas de síndrome de retiro que no corresponde a una recaída de su depresión. Generalmente, la recaída no ocurre en el momento en que se reduce la dosis o se deja el medicamento y que en el caso que volviera a tomar el medicamento (o se aumente la dosis) los síntomas pueden tardar días en desaparecer (15).

Antidepresivos para personas con riesgo de suicidio

54. En personas de 18 a 25 años o con mayor riesgo de suicidio, tener en cuenta para prescribir el tratamiento (15):

- Evaluar su estado de salud mental y estado de ánimo.
- Implemente estrategias de gestión de riesgo ante el potencial incremento de pensamientos suicidas, autolesiones e intentos de suicidio en las primeras etapas del tratamiento.
- Revise los estándares para el seguimiento de las personas con depresión (Ver Dimensión 3. Seguimiento de la persona con depresión).

- Comprender la toxicidad en sobredosis. Hay mayor riesgo de sobredosis con el uso de ATC. Evite el inicio rutinario del tratamiento con estos medicamentos, exceptuando la lofepramina.

Potenciación con litio

55. En las personas que toman litio (15):

- Al iniciar el tratamiento evalúe: el peso, la función renal y tiroidea y los niveles de calcio.
- Durante el tratamiento: monitoree cada 6 meses o con más frecuencia si hay insuficiencia renal significativa.
- En el caso de mujeres en edad reproductiva considere el balance entre los beneficios y riesgos del uso de litio, la planificación y los controles que se requieran.
- Los niveles plasmáticos de litio deben ser inferiores a 1,0 mmol/L (los niveles terapéuticos para el refuerzo de la medicación antidepresiva suelen ser de 0,4 mmol/L o superiores; considere niveles de 0,4 a 0,6 mmol/L para personas mayores de 65 años o más) (15).
- Informe la manera segura de tomar su medicación.

Potenciación con antipsicóticos orales

Los medicamentos antipsicóticos aprobados por la FDA indicados para el tratamiento en el trastorno depresivo mayor en adultos son: aripiprazol, olanzapina y quetiapina (31).

56. Considere el uso de potenciación con antipsicóticos orales en personas con diagnóstico de depresión con síntomas psicóticos, depresión resistente (como opción terapéutica en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea) (consenso de expertos)
57. Evalúe el pulso, presión arterial, estado nutricional, dieta, nivel de actividad física y parámetros como HbA1c, glucemia y perfil lipídico en ayunas, antes de empezar el tratamiento con antipsicóticos orales (15). Revise los estándares para el seguimiento de las personas con potenciación con antipsicóticos orales en la siguiente sección (*Dimensión 3. Seguimiento de la persona con depresión*).

Tratamiento de personas con depresión leve

58. Discuta las opciones de tratamiento de primera línea mencionados en la Tabla 8 para personas con depresión leve teniendo en cuenta necesidades y preferencias clínicas. Considere la autoayuda guiada como la opción menos intrusiva y que menos recursos requiere (15).

Tabla 8. Opciones de tratamiento para personas con depresión leve

Tratamiento	Cómo se entrega
Autoayuda guiada	<p>Se deben entregar de manera virtual o presencial: materiales impresos o digitales que siguen los principios de la autoayuda guiada, incluye la terapia cognitivo-conductual estructurada (TCC), la activación conductual estructurada, la resolución de problemas o los materiales psicoeducativos.</p> <p>Se debe contar con el apoyo de un profesional capacitado que facilite la intervención de autoayuda, aliente la finalización y revise el progreso y los resultados.</p> <p>Por lo general, consta de 6 a 8 sesiones ordinarias estructuradas (15) durante 10- 12 semanas (Grado de recomendación: B) (23).</p>
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	<p>Terapia cognitivo-conductual de segunda y tercera generación.</p> <p>Intervención grupal realizada por 2 profesionales, al menos uno de ellos tiene capacitación y competencia específicas para la terapia. Puede constar de 10-12 sesiones de 8-10 participantes por 12-16 semanas, incluido el seguimiento (Recomendación débil a favor) (18).</p> <p>Intervención individual impartida por un profesional con formación y competencia específicas para la terapia.</p> <p>Considerar la frecuencia según criterio clínico para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales).</p>
Activación conductual	<p>Intervención grupal realizada por 2 profesionales, al menos uno de ellos tiene capacitación y competencia específicas para la terapia.</p> <p>Generalmente, consta de 8 participantes en el grupo.</p> <p>Intervención individual impartida por un profesional con formación y competencia específicas para la terapia.</p> <p>Considerar la frecuencia según criterio clínico para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales).</p>
Ejercicio en grupo	<p>Debe ser realizado por un profesional capacitado. Se basa en un programa de actividad física diseñado específicamente para personas con depresión (15).</p> <p>Duración: más de 1 sesión por semana durante 10 semanas</p>

Tratamiento	Cómo se entrega
	Generalmente 8 participantes en el grupo (15). Revisar las recomendaciones sobre ejercicio en el apartado <i>Error! No se encuentra el origen de la referencia.</i>
Atención plena grupal y meditación	Se debe ofrecer idealmente por 2 profesionales, y al menos uno de ellos debe contar con formación competencias específicas para esta terapia. Se utiliza un programa como la terapia cognitiva basada en la atención plena diseñada específicamente para personas con depresión. Por lo general, consta de 8 a 15 participantes en el grupo.
Psicoterapia interpersonal (IPT- Interpersonal psychotherapy)	Debe ofrecerse por un profesional con formación en competencias específicas para esta terapia. Considerar la frecuencia según criterio clínico para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales).
Asesoramiento (<i>Counselling</i>)	Debe ofrecerse por un profesional con formación en competencias específicas para esta terapia. Considerar la frecuencia según criterio clínico para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales).
Psicoterapia psicodinámica a corto plazo (STPP)	Debe ofrecerse por un profesional con formación en competencias específicas para esta terapia. Considerar la frecuencia según criterio clínico para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales).

Fuente: Adaptado de NICE 2022(15), GPC México 2015 (23) y GPC Perú (25), por consenso de expertos.

59.Reconozca e informe que las personas pueden rechazar el tratamiento (15).

60.Dentro del tratamiento de la depresión leve, se recomienda:

- Explorar y hablar con la persona sobre los eventos vitales estresantes recientes (Recomendación fuerte a favor por consenso de expertos) (18).
- Considerar la terapia grupal para fortalecer la red de apoyo de la persona con depresión (BPC) (25).

Remisión a especialista en psiquiatría

61.Se recomienda remitir al psiquiatra, si durante el seguimiento se ha identificado que no hay respuesta a los tratamientos o empeoran los síntomas

(Recomendación fuerte a favor por consenso de expertos) (18) o se progresa a una depresión moderada o severa (consenso de expertos).

Tratamiento de personas con depresión moderada y severa

62. Discuta las opciones de tratamiento de primera línea mencionados en la Tabla 9 para personas con depresión moderada o severa, teniendo en cuenta necesidades y preferencias clínicas. Cualquiera de las opciones pueden ser elegidas (15). Tenga en cuenta que la psicoterapia junto con la farmacoterapia es más efectiva que los antidepresivos únicamente (Grado de Recomendación: A) (23).

Tabla 9. Opciones de tratamiento para personas con depresión severa

Tratamiento*	Cómo se entrega o características
Combinación de terapia cognitivo-conductual (TCC) individual y un antidepresivo	Para adultos con depresión moderada o grave se recomienda ofrecer una combinación de antidepresivo y psicoterapia (como opción de primera línea se recomienda la TCC) (Recomendación fuerte a favor) (18) Las sesiones con un terapeuta brindan apoyo inmediato mientras el medicamento tarda en funcionar o la medicación se puede iniciar de inmediato, y luego la TCC se inicia tan pronto como sea posible después, para obtener efectos combinados (15).
TCC individual	Duración: entre 16 - 20 sesiones en 3-4 meses. Considere proveer 2 sesiones por semana durante las primeras 2 o 3 semanas en personas con depresión moderada a grave, y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión (Recomendación fuerte a favor) (18). Pueden ser necesarias sesiones adicionales para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales). (15).
Activación conductual individual	Duración: entre 12 - 16 sesiones o más para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales) (15).
Medicamentos antidepresivos	Pueden ser: un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), un inhibidor de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN) u otro antidepresivo si está indicado según los antecedentes clínicos y de tratamiento (15).

Tratamiento*	Cómo se entrega o características
	<p>Los ISRS deben considerarse como la primera opción (23) para la mayoría de las personas, por su tolerancia y perfil de seguridad. Duración: al menos 6 meses hasta algún tiempo después de que los síntomas remitan (15).</p>
Resolución individual de problemas	<p>Duración: entre 10 - 12 sesiones (15) (consenso de expertos).</p>
Asesoramiento (<i>counselling</i>)	<p>Duración: entre 12 - 16 sesiones o más para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales). (15).</p>
Psicoterapia psicodinámica a corto plazo (STPP)	<p>Duración: entre 16 - 20 sesiones en 4-6 meses (Recomendación débil a favor) (18). Pueden ser necesarias sesiones adicionales para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales) (15).</p>
Psicoterapia interpersonal (TIP)	<p>Duración: entre 16 - 20 sesiones en 3-4 meses. Para aquellas con depresión moderada a grave considere proveer 2 sesiones por semana durante las primeras 2-3 semanas, y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas con depresión (Recomendación fuerte a favor) (18). Pueden ser necesarias sesiones adicionales para personas con ciertas condiciones o necesidades (comorbilidades, problemáticas sociales, presencia de síntomas residuales) (15).</p>
Autoayuda guiada	<p>Se deben entregar de manera virtual o presencial: materiales impresos o digitales que siguen los principios de autoayuda guiada, incluyendo TCC estructurada, activación conductual estructurada, resolución de problemas o materiales psicoeducativos.</p> <p>Se debe contar con el apoyo de un profesional capacitado que facilite la intervención de autoayuda, aliente la finalización y revise el progreso y los resultados.</p> <p>Duración: entre 6-8 sesiones (15).</p>
Ejercicio en grupo	<p>Debe ser realizado por un profesional capacitado. Se basa en un programa de actividad física diseñado específicamente para personas con depresión (15). Duración: más de 1 sesión por semana durante 10 semanas</p>

Tratamiento*	Cómo se entrega o características
	Generalmente 8 participantes en el grupo (15). Revisar los estándares sobre ejercicio en el apartado <i>Error! No se encuentra el origen de la referencia.</i>

*El orden dispuesto de las opciones de tratamiento corresponde a la interpretación del comité de NICE de su efectividad clínica, costo- efectividad y aspectos para la implementación en ese contexto.

Fuente: Adaptado de NICE 2022; GPC México 2015; GPC Colombia

63. Reconozca e informe que las personas pueden rechazar el tratamiento (15).

Remisión a especialista en psiquiatría

64. Se recomienda remitir al psiquiatra en los casos de depresión moderada o severa (consenso de expertos).

65. Se recomienda remitir de manera inmediata a valoración de urgencias de psiquiatría o remisión para hospitalización en Unidad de Salud Mental, a personas con depresión y ante las siguientes situaciones (Recomendación fuerte a favor por consenso de expertos) (18):

Conducta autolesiva sin intención suicida de alto riesgo (consenso de expertos).

Conducta autolesiva con intención suicida (15,21).

Presencia de plan suicida estructurado.

Síntomas psicóticos o condiciones psiquiátricas concomitantes (según criterio clínico) (21)

66. Remitir a hospitalización en Unidad de Salud Mental ante la presencia de otras condiciones psicosociales que, a juicio profesional de salud mental, requieran medidas de protección específica (por ejemplo: persona sin red de apoyo, o víctima de violencia intrafamiliar, abuso, negligencia u otros) (18) (consenso de expertos).

67. Se sugiere que las personas con depresión moderada o grave con alto nivel de deterioro en la funcionalidad o en el desempeño vital sean evaluados por un psiquiatra, quien bajo su criterio podrá prescribir incapacidad, respetando el derecho de confidencialidad (Recomendación débil a favor por consenso de expertos) (18).

Opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea

68. Las personas con depresión refractaria deben ser tratados por un especialista en psiquiatría (Recomendación fuerte a favor por consenso de expertos) (18).

En el caso que no sea factible, se debe contar con el asesoramiento de un especialista (15).

69. Si no hay respuesta después de 4 semanas de tratamiento farmacológico a dosis terapéutica reconocida o después de 4 a 6 semanas de terapia psicológica o tratamiento combinado (terapia psicológica y terapia farmacológica), explore y acuerde con la persona la mejor manera de abordar la situación (o situaciones) identificadas que expliquen la falta de respuesta (15):

Factores (sociales, ambientales, personales) o condiciones de salud (física o mental).

Problemas para adherirse al plan de tratamiento.

70. Si a pesar de tener adecuada adherencia, no hay mejoría (18) o si a pesar de abordar las situaciones identificadas en el estándar anterior, aún no hay respuesta al tratamiento luego del tiempo necesario, proceda a (15):

Revisar el diagnóstico y considerar otras condiciones o comorbilidades que estén afectando la respuesta al tratamiento.

Proporcionar confianza en que a pesar de que el tratamiento no haya funcionado, hay otros tratamientos que pueden ser efectivos.

Discutir opciones para una siguiente línea de tratamiento (tenga en cuenta los tratamientos que le han funcionado a la persona en el pasado). Ver Tabla 10.

Tabla 10. Opciones para una siguiente línea de tratamiento

Tratamiento con limitada respuesta o sin respuesta	Opciones de tratamiento a considerar
Terapia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a otro tratamiento psicológico • Agregar un ISRS a la terapia psicológica • Cambiar a un ISRS solo

Tratamiento con limitada respuesta o sin respuesta	Opciones de tratamiento a considerar
Medicamentos antidepresivos	<ul style="list-style-type: none"> • Añadir ejercicios en grupo • Cambiar a una terapia psicológica (ver las opciones de tratamiento sugeridas para una depresión más severa). • Aumentar la dosis del mismo antidepresivo, en casos en los que el medicamento se tolere bien y esté dentro del rango de dosis autorizado. Tenga en cuenta que las dosis más altas de antidepresivos pueden no ser más eficaces y pueden aumentar la frecuencia y la gravedad de los efectos secundarios. Es importante garantizar el seguimiento y la vigilancia frecuente de los síntomas y efectos secundarios después de los aumentos de dosis. • Cambiando el fármaco, por otro medicamento de la misma clase (por ejemplo, otro ISRS) o una clase diferente teniendo en cuenta las comorbilidades, preferencias de la persona, interacciones con otros fármacos y el perfil de adherencia al antidepresivo (ver estándares 71-76). • Cambiar a una combinación de terapia psicológica (por ejemplo, TCC, psicoterapia interpersonal [IPT] o STPP) y medicación.
Combinación de medicamentos antidepresivos y terapia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar a otra terapia psicológica • Aumentar la dosis o cambiar a otro antidepresivo (ver estándares 71-76) • Añadir otro medicamento (ver estándares 75-76).

Fuente: NICE 2022 (15); APA 2019 (20); GPC Perú (25)

71. Si ya recibía un ISRS, se sugiere que cambie el medicamento por otro antidepresivo de nueva generación que sea de los mejores tolerados. Si no ha respondido a los ISRS, considere el cambio a un antidepresivo de una clase farmacológica diferente (Recomendación débil a favor) (18).

72. Al cambiar a un medicamento de una clase diferente cuente con el asesoramiento de servicios especializados de salud mental, especialmente, cuando se hace un cambio a, o desde un IMAO o ATC (por su riesgo en sobredosis, no obstante, la lofepramina tiene el mejor perfil de seguridad) (15).

73. Sea cuidadoso cuando se cambia de antidepresivos, tenga en cuenta efectos adversos e interacciones (Recomendación fuerte a favor) (18):

- “De fluoxetina a otro antidepresivo, ya que la fluoxetina tiene una vida media larga (aproximadamente, 1 semana)” (18).
 - “De fluoxetina o paroxetina a un antidepresivo tricíclico, pues ambos inhibidores de la recaptación de serotonina inhiben el metabolismo de los tricíclicos, y, por lo tanto, se debe prescribir una dosis inicial más baja del antidepresivo tricíclico; sobre todo, si va cambiar de fluoxetina, por su larga vida media” (18).
 - “A un nuevo antidepresivo serotoninérgico o IMAO, debido al riesgo de síndrome serotoninérgico” (18)
 - “De un IMAO irreversible: es necesario un período de lavado de 2 semanas, y los otros antidepresivos no deben ser prescritos durante el mismo periodo” (18).
74. Considere vortioxetina únicamente cuando no haya habido respuesta o la respuesta sea limitada al menos con el uso de 2 antidepresivos previos (15).
75. En el caso que la persona no haya tenido respuesta (o que esta haya sido limitada) y prefiere optar por la combinación de medicamentos sobre la terapia psicológica, explique el posible aumento de efectos secundarios (15).
76. Si una persona requiere un tratamiento farmacológico, contemplar las siguientes opciones de tratamiento (15,18):
- Agregar un medicamento antidepresivo adicional de una clase diferente (por ejemplo, agregar mirtazapina o trazodona a un ISRS). Algunas combinaciones de clases de antidepresivos son potencialmente peligrosas y deben evitarse (por ejemplo, un ISRS, un IRSN o un ATC con un IMAO).
 - Combinar un medicamento antidepresivo con un antipsicótico de segunda generación (por ejemplo, aripiprazol, olanzapina o quetiapina) o litio. Los efectos de un antipsicótico sobre la depresión, incluida la pérdida de interés y motivación, deben ser revisados cuidadosamente. No se recomienda potenciación rutinaria de antidepresivos con una benzodiazepina, buspirona, carbamazepina, lamotrigina o valproato, clonidina (Recomendación débil en contra) (18).
 - Si se considera la combinación de medicamentos, asegúrese de documentar la justificación de esta decisión, de la seguridad del uso de ambos medicamentos y que el persona está dispuesto a tolerar la adición/aumento de efectos adversos, y monitoree la aparición de estos (PBP) (18).
77. La potenciación con hormona tiroidea se considera únicamente en casos donde exista depresión e hipotiroidismo (consenso de expertos). En caso de hipotiroidismo subclínico con diagnóstico de depresión refractaria, se sugiere considerar el uso de hormona tiroidea como estrategia de potenciación (Recomendación débil a favor) (18).

Síntomas depresivos crónicos

78. Discuta y llegue a un acuerdo con la persona sobre el tratamiento a elegir (15). Las opciones para las personas con síntomas depresivos crónicos y que afectan su funcionamiento personal y social, y que no hayan recibido tratamiento antes, son (15):

- TCC (centrado en los síntomas depresivos crónicos, y que cubra los procesos de mantenimiento relacionados, incluyendo la evitación, la rumiación y las dificultades interpersonales) o
- ISRS o
- IRSN o
- ATC (tenga en cuenta que la sobredosis de ATC es peligrosa, aunque la lofepramina tiene el mejor perfil de seguridad) o
- Terapia combinada con TCC y un ISRS o un ATC.

79. Para las personas con síntomas depresivos crónicos que han recibido algún tratamiento para la depresión y continúan con síntomas depresivos crónicos, consulta las recomendaciones de la sección *opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea*. Algunas situaciones pueden ser (15):

- Si una persona con síntomas depresivos crónicos no tolera determinado ISRS, pruebe con otro ISRS alternativo.
- Para las personas con síntomas depresivos crónicos que no han respondido a los ISRS o IRSN, considere otros medicamentos bajo la asesoría de un especialista. Estos pueden ser:
 - ATC
 - Moclobemida (puede necesitarse un período de lavado adecuado)
 - IMAO irreversibles como la fenelzina (puede necesitarse un período de lavado adecuado para prevenir una interacción letal: síndrome de serotonina) (15,21)
 - Amisulprida en dosis bajas (dosis máxima de 50 mg al día, ya que las dosis más altas pueden empeorar la depresión y provocar efectos secundarios como hiperprolactinemia y prolongación del intervalo QT) (15).

80. Para las personas con síntomas depresivos crónicos y que probablemente se beneficien de apoyo social o vocacional adicional, considere (15):

- Adicional a la medicación antidepresiva o terapia psicológica existente, promueva la relación de amistad con voluntarios capacitados, con al menos un contacto semanal durante entre 2 y 6 meses.
- Un programa de rehabilitación, si su depresión ha afectado su participación en actividades sociales a largo plazo y estabilidad laboral (pérdida del trabajo).

81. Si las personas no han tenido respuesta (o es limitada) a los tratamientos descritos para los síntomas crónicos ni a los tratamientos de otra línea (15) y en el caso que estén tomando antidepresivos a largo plazo: revise los beneficios del tratamiento en la persona, considere suspender el tratamiento y discuta las posibles razones de falta de respuesta y qué otros tratamientos podrían ser de utilidad.

Remisión a equipo multidisciplinario

82. Remita para recibir atención multidisciplinaria coordinada cuando (15):

- la depresión afecte significativamente el funcionamiento personal y social,
- no se ha beneficiado de los tratamientos de diferentes líneas, y
- tienen múltiples problemas (p. ej. desempleo, problemas financieros) o tienen condiciones coexistentes significativas de salud física o mental.

Dimensión 3. Seguimiento de la persona con depresión

Generalidades del seguimiento

83. Durante el seguimiento en personas con tratamiento para depresión, revise los aspectos destacados en la Tabla 11.

Tabla 11. Aspectos a tener en cuenta en el seguimiento de personas con depresión

Aspecto a revisar	¿Cuándo?	¿Cómo?
<p>Respuesta y efectos secundarios del tratamiento</p>	<p>Realice el seguimiento a la semana de haber iniciado el tratamiento, continúe el seguimiento al primer mes, luego en el mes 3 y 6 o con mayor frecuencia si se requiere (consenso de expertos).</p> <p>En caso de personas entre 18 a 30 años con riesgo de suicidio, realizar el seguimiento 1 semana después de iniciar o cambiar el tratamiento. El seguimiento debe ser semanal, hasta que el riesgo haya disminuido de manera clínicamente importante (29).</p> <p>En caso de recuperación funcional, en la que la persona está asintomática, se recomienda seguir a intervalos más largos (Recomendación fuerte a favor por consenso de expertos) (18).</p>	<p>Medidas de resultados apropiadas, p. ej., PHQ-9 (Ver Tabla 12). Se aconseja realizar la evaluación con la misma escala con la que se haya evaluado anteriormente desde el inicio del tratamiento.</p> <p>Evaluación clínica de los síntomas y compromiso funcional de la persona con base a los hallazgos en el momento del diagnóstico (BPC).</p>
<p>Remisión</p>	<p>En personas con depresión leve con psicoterapia, evaluar tres semanas posteriores al término de la terapia (BPC) (25).</p>	<p>En adultos con episodio depresivo, se definirá remisión en la siguiente situación:</p> <p>Ausencia de los síntomas característicos de depresión (humor triste, interés reducido) durante al menos tres semanas (21,25).</p> <p>Pudiendo estar presentes hasta tres de los síntomas depresivos restantes (BPC) (25). (ver Tabla 2)</p>

Aspecto a revisar	¿Cuándo?	¿Cómo?
		En caso de no haber remisión, evalúe la presencia de una patología subyacente y la progresión del trastorno depresivo (BPC) (25).
Ideación suicida, riesgo suicida Personas con mayor riesgo de suicidio	Primeras semanas al iniciar el tratamiento. Revisar a las personas de 18 a 25 años o con mayor riesgo de suicidio una semana después del inicio del tratamiento farmacológico o al aumentar la dosis por tendencias suicidas. Continúe con las revisiones de acuerdo a necesidad, a más tardar 4 semanas luego de iniciado el tratamiento.	Determine la frecuencia y método de revisión según las circunstancias particulares de la persona (p. ej. disponibilidad de apoyo, eventos desencadenantes como duelo, ruptura de relación, pérdida de empleo o cambios en la ideación o riesgo suicida) Realice una evaluación pre y post tratamiento

Fuente: NICE 2022 y 2009 (29); GPC Colombia; GPC Perú (25).

Tabla 12. Interpretación de PHQ-9

Características de la persona y cuándo realizar la medición con PHQ-9	Interpretación
<p>En personas con depresión leve, que inician tratamiento con psicoterapia, realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medición basal (antes de iniciar la terapia). -Al menos en la sexta sesión de psicoterapia (BPC). -Reevaluar la respuesta a la terapia entre la sesión 8 a 20 (BPC). 	<p>De acuerdo al cambio entre la medición basal y la de seguimiento, interprete (BPC):</p> <p>Respuesta a la terapia: disminución de 50% a más en el puntaje basal de severidad de los síntomas.</p> <p>Respuesta parcial a la terapia: disminución entre el 20 a 49% en el puntaje basal de severidad de los síntomas.</p> <p>No respuesta a la terapia: disminución de 19% o menos en el puntaje basal de severidad de los síntomas.</p> <p>En caso de respuesta, continuar hasta completar el número de sesiones planeado; en caso contrario, reformular el plan psicoterapéutico (BPC).</p>

Características de la persona y cuándo realizar la medición con PHQ-9	Interpretación
	<p>En caso de no haber respuesta evaluar la presencia de una patología subyacente, la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo) (BPC) y considerar los aspectos mencionados en la sección <i>Opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea</i>.</p>
<p>En personas con depresión leve, que inician tratamiento farmacológico, realizar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Medición basal (antes de iniciar la terapia). -Al menos entre la semana 4 de haberse iniciado el tratamiento. 	<p>De acuerdo al cambio entre la medición basal y la de seguimiento, interprete (BPC):</p> <p>Respuesta a la terapia: disminución de 50% a más en el puntaje basal de severidad de los síntomas.</p> <p>Respuesta parcial a la terapia: disminución entre el 20 a 49% en el puntaje basal de severidad de los síntomas.</p> <p>No respuesta a la terapia: disminución de 19% o menos en el puntaje basal de severidad de los síntomas.</p> <p>En caso de respuesta, mantener la dosis del antidepresivo y continuar con la terapia; en caso contrario, revise las indicaciones en la sección <i>Opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea</i></p> <p>El tratamiento manteniendo la dosis con la que se obtuvo la remisión de los síntomas debe durar mínimo entre 6 y 12 meses para un primer episodio depresivo. Dependiendo de la recaída o reincidencia de los síntomas, el tratamiento tendrá que prolongarse (inclusive indefinidamente), según criterio clínico (consenso de expertos).</p>
<p>En personas con depresión leve, que continúan con tratamiento farmacológico, reevalúe la respuesta a la terapia entre el mes 6 y 12 después de haber iniciado el tratamiento.</p>	<p>Si no hay respuesta, evaluar la presencia de una patología subyacente, la progresión de la severidad del trastorno depresivo (episodio depresivo moderado o severo) (BPC) y considerar los aspectos mencionados en la sección <i>Opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea</i>.</p>

Fuente: Adaptado de GPC Perú (25) por consenso de expertos.

84. Identifique si la persona tiene incremento en la agitación, ansiedad e ideación suicida al inicio del tratamiento, revise el tratamiento si la agitación es prolongada o marcada (15).
85. Brinde información a las personas con depresión y a su familiar o cuidador sobre la posibilidad de cambios de humor, aumento de la agitación, ansiedad, desesperanza, negatividad e ideación suicida; especialmente, al inicio del tratamiento, durante el cambio de este o en momentos de mayor estrés personal. Asegúrese de que la persona sepa las alternativas para buscar ayuda prontamente (15).
86. Informe a la persona que toma antidepresivos que, si quieren dejar el medicamento, deben conversarlo con el profesional que les recetó el tratamiento. Explique que, usualmente, es necesario hacer una reducción gradual (por etapas a lo largo del tiempo) y que la mayoría de personas dejan de tomarlos exitosamente (15).
87. Para el seguimiento en personas con depresión leve que no desean tratamiento (o que refieren que sus síntomas están mejorando) (15):
- Analice sus problemas, vulnerabilidades, preocupaciones o factores de riesgo.
 - Informe a la persona que puede cambiar de opinión y las opciones para buscar ayuda.
 - Brinde la información necesaria sobre la naturaleza de la depresión y el curso de la enfermedad.
En caso de que las personas no asistan a las citas de seguimiento, intente contactar (si se requiere, repetidamente) a la persona (15). Por ejemplo, se sugiere hacer contacto telefónico (Recomendación débil a favor por consenso de expertos) (18).
88. Se recomienda evaluar la presencia de factores que predican mala respuesta: trastornos de personalidad (asociados a pobre respuesta a TCC), antecedente de intento de suicidio, comorbilidad con ansiedad, dolor físico, IMC elevado, desempleo y depresión crónica para ajustar el seguimiento y la terapia según su evolución (Recomendación débil a favor) (18).
89. Se sugiere evaluar e informar los factores asociados a buena respuesta para el tratamiento: respuesta temprana (menor de 2 semanas), alta satisfacción con la vida, estado civil casado (Recomendación débil a favor) (18).

Potenciación con litio

90. En las personas que toman litio (15):
- Controle los niveles séricos de litio:
 - 12 horas después de la primera dosis

- 1 semana posterior al inicio del tratamiento
- 1 semana posterior al cambio de dosis
- Semanalmente hasta la estabilidad de los niveles (ajuste la dosis semanalmente hasta alcanzar los niveles óptimos).
- Verifique que los niveles de litio y la función renal estén estables antes de repetir prescripciones (tenga en cuenta otras consideraciones de salud al interpretar los resultados de las pruebas, por ejemplo, estados de deshidratación o infección).
- Revise los cambios en la toma de otros medicamentos, ya que puedan afectar los niveles de litio.
- En personas con enfermedad cardiovascular (o en riesgo), considere monitorear con electrocardiograma.
- Monitoree signos de toxicidad por litio (p. ej. diarrea, vómitos, temblores gruesos, ataxia, confusión y convulsiones).
- Para suspender el litio, disminuya la dosis de manera gradual durante 1 a 3 meses bajo la supervisión del servicio especializado en salud mental.

Potenciación con antipsicóticos orales

91. En personas tratadas con antipsicóticos orales:

- Haga seguimiento de acuerdo a las especificaciones para cada medicamento (15). Podría incluir control de hemograma, urea y electrolitos, pruebas de función hepática, prolactina y otros aspectos del seguimiento (15) a juicio clínico.
- Monitoree con electrocardiograma al inicio y al alcanzar la dosis final en personas con riesgo o con enfermedad cardiovascular y para personas con medicamentos que prolongan el intervalo QT cardiaco (15).
- Monitoree efectos adversos (incluidos los efectos extrapiramidales) y secundarios (p. ej. asociados con la prolactina). Reduzca la dosis en caso de ser necesario (15).
- Investigue en caso de identificar un aumento de peso de manera excesiva o rápida o cuando se presenten niveles de glucemia y lípidos fuera del rango de normalidad. Realice el manejo que corresponda (15).
- Tener en cuenta la toma de otros medicamentos que puedan afectar los niveles de alguno antipsicóticos. En caso de ser necesario, controle y ajuste la dosis.
- En cada seguimiento verifique si la persona debe continuar con el antipsicótico según su salud física y mental (15).
- Suspnda los antipsicóticos bajo la supervisión del servicio especializado en salud mental, disminuya la dosis de manera gradual al menos durante 4 semanas y proporcionalmente según la duración del tratamiento (15).

Prevención de recurrencia

92. Se recomienda evaluar los factores que predicen recurrencia en quienes reciben tratamiento (Recomendación fuerte a favor) (18) e indíquelo a la persona que busque ayuda en caso de que se presente un nuevo episodio. Algunos de estos factores pueden ser (18,21):

- antecedente de tres o más episodios depresivos previos,
- antecedente de síntomas residuales,
- tiene problemas de salud comórbidos, incluyendo comorbilidad psiquiátrica,
- episodio grave con o sin psicosis,
- tiene vulnerabilidad a la recaída por estresores psicosociales,
- edad de inicio temprana
- presencia de ansiedad, o
- insomnio persistente.

Prevención de recaídas

93. Explique que hay mayor probabilidad de tener una recaída en los casos que se presente (15):

- Un historial de episodios recurrentes de depresión, especialmente si estos han ocurrido con frecuencia o en los últimos 2 años.
- Antecedentes de respuesta incompleta al tratamiento anterior, incluidos síntomas residuales.
- Estilos de afrontamiento inútiles (por ejemplo, evitación y rumiación).
- Un historial de depresión severa (incluyendo personas con deterioro funcional severo).
- Otros problemas crónicos de salud física o mental.
- Factores personales, sociales y ambientales que contribuyeron a su depresión y que permanecen.

94. La decisión de continuar con el tratamiento debe ser acordada según necesidades clínicas y preferencias de las personas. Discuta con la persona con depresión que la continuación del tratamiento farmacológico o no farmacológico puede evitar recaídas, luego de una remisión total o parcial de los síntomas; en el caso de usar antidepresivos, explique los posibles riesgos de continuar con el tratamiento (p. ej. riesgo de sangrado, efectos en la función sexual, dificultad para dejar de tomar antidepresivos) (15).

95. En el caso que se decida no continuar con el tratamiento con antidepresivos para prevenir recaídas, indíquelo cómo suspender la medicación y buscar ayuda si los síntomas de depresión regresan o los síntomas residuales empeoran (15).

96. Si la persona tuvo remisión de los síntomas depresivos como respuesta al tratamiento, pero se identifica un alto riesgo de recaída, considere las opciones de tratamiento para prevenir recaídas mencionadas en la Tabla 13, llegando a un acuerdo con la persona:

Tabla 13. Opciones de tratamiento para evitar recaídas

Terapia con la que la persona tuvo remisión	Opciones de tratamiento para evitar recaídas
Antidepresivos solos	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir con los antidepresivos para evitar recaída manteniendo la dosis con la que se obtuvo la remisión*, a menos que haya alguna razón para disminuirla, p. ej. efectos secundarios (15), o • Terapia psicológica (TCC grupal o terapia cognitiva basada en la atención plena [TCAP]) para personas que no desean continuar con los antidepresivos, para quienes no desean seguir con la medicación (15), o • Continuar con antidepresivos y terapia psicológica (TCC grupal o TCAP) (15,18) <p>* El tratamiento manteniendo la dosis con la que se obtuvo la remisión de los síntomas debe durar mínimo entre 6 y 12 meses para un primer episodio depresivo. Dependiendo de la recaída o reincidencia de los síntomas, el tratamiento tendrá que prolongarse (inclusive indefinidamente) según criterio clínico (consenso de expertos).</p>
Solo con una terapia psicológica	Continuar con la terapia psicológica (15).
Combinación de un medicamento antidepresivo y terapia psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Uno o ambos tratamientos (15). • La TCC se puede ofrecer de forma concomitante con medicamentos, o secuencialmente después de retirar el antidepresivo (Recomendación fuerte a favor) (18).

Fuente: Adaptado de NICE 2022 (15); GPC Colombia (18); y consenso de expertos.

97. Se recomienda ofrecer TCC para personas en fase de continuación, si no la han recibido durante la fase aguda (18).

98. Para la prevención de recaídas la TCC o TCAP debe (15):

Contar con un enfoque en el desarrollo de habilidades de prevención de recaídas y para mantenerse bien, dicho enfoque puede incluir:
Revisar lecciones, puntos de vista aprendidos y qué fue útil durante la terapia.

- Hacer planes para mantener el progreso y consolidar cualquier cambio para mantenerse bien después de finalizada la terapia.
- Identificar y hacer planes en caso de que se presenten circunstancias estresantes, eventos desencadenantes, señales de advertencia (como ansiedad o falta de sueño) o comportamientos como evasión o rumiación que han desencadenado el empeoramiento los síntomas y el funcionamiento de la persona.
- Contar con un plan para afrontar eventos que puedan anticiparse durante el siguiente año (p. ej. aniversarios, cambios en la vida).
- Constar de 8 sesiones durante 2 a 3 meses, con opción de sesiones adicionales en los siguientes 12 meses (15). Para la terapia cognitivo-conductual basada en conciencia plena se recomienda realizar sesiones semanales de 2 horas, durante 8 semanas con 4 sesiones de seguimiento durante los 12 meses posteriores a la finalización del tratamiento (Recomendación fuerte a favor) (18).
99. En los casos que las personas continúen con antidepresivos, hacer seguimiento cada 6 meses, en la que se monitoree (15):
- Estado de ánimo.
 - Efectos secundarios.
 - Factores personales, sociales, ambientales o médicos que puedan afectar el riesgo de recaída que afecten el riesgo de recaída.
 - Deseo de continuar con el tratamiento, en caso de querer suspender el tratamiento, brinde las recomendaciones necesarias. Revise la sección *Suspensión de antidepresivos*.
100. Se sugiere considerar el uso continuo de antidepresivos hasta 2 años si la persona presenta al menos una de las siguientes condiciones (Recomendación débil a favor) (18):
- Tres o más episodios depresivos previos.
 - Síntomas residuales.
 - Problemas de salud comórbidos
 - Episodio grave, con o sin psicosis.
 - Otra comorbilidad psiquiátrica.
 - Vulnerabilidad a la recaída por estresores psicosociales.
101. Si el uso de antidepresivos es por más de dos años debe corresponder al criterio médico del psiquiatra de manera personalizada y las preferencias de las personas, evaluando balance riesgo - beneficio (Recomendación débil a favor por consenso de expertos) (18).
102. En los casos que las personas continúen con terapia psicológica para prevenir recaídas, antes de terminarla, evalúe la necesidad de un seguimiento posterior (15).

Mujeres en periodo perinatal

Dimensión 1. Diagnóstico de depresión en mujeres en periodo perinatal

Tamización

103. Evalúe la salud mental considerando la presencia de riesgos psicosociales (ver estándar 104). Se recomienda realizar una evaluación integral a las mujeres que tengan antecedentes de enfermedad mental grave antes de la concepción y durante el periodo pre y posnatal temprano, y ofrecer apoyo adicional especialmente durante este último (Recomendación fuerte) (22).
104. Evalúe los factores de riesgo psicosocial tan pronto como sea factible durante el embarazo y después del parto (Punto de buena práctica) (16). En el caso de decidir usar algún instrumento, utilice escalas validadas para en la población objetivo.
105. Capacite al personal de salud sobre la importancia de realizar la evaluación psicosocial (Punto de buena práctica) (16) y, en el caso que aplique, en el uso de la herramienta elegida para este fin.
106. Discuta con la mujer el posible impacto de los factores de riesgo psicosocial en la salud mental y proporcione información sobre las alternativas de asistencia disponibles (Punto de buena práctica) (16).
107. Considere realizar adecuaciones culturales y lingüísticas necesarias para la evaluación de factores del riesgo psicosocial (Recomendación basada en consenso) (16).
108. Utilice la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDE) para detectar de manera temprana a las mujeres en riesgo de un posible trastorno depresivo en el período perinatal (Recomendación fuerte) (16) (Grado de recomendación: fuerte) (22). Tenga en cuenta que la sensibilidad de la EPDE puede verse afectada por factores como la edad (adolescencia) o enfermedades concomitantes (p.ej. VIH) (Grado de recomendación: fuerte) (22). Ver Anexo 8.
109. La EPDE puede administrarse personalmente, por teléfono o internet (Grado de recomendación: fuerte) (22); idealmente, debe realizarse por un profesional capacitado en su uso (Grado de recomendación: D) (22).
110. Si la mujer en periodo perinatal tiene una puntuación EPDE de 13 o más, realice una valoración en la que confirme el diagnóstico de depresión (Recomendación fuerte) (16). Para confirmar el diagnóstico tenga en cuenta los criterios CIE (ver estándar 3), recuerde que el diagnóstico es definido por criterio clínico.

111. Realice la primera **evaluación prenatal** tan pronto como sea posible, realice nuevamente la evaluación por lo menos en una ocasión adicional o según criterio clínico (Recomendación basada en consenso) (16), puede considerar realizarse de manera trimestral (Recomendación: B) (19).
112. Se recomienda que las mujeres con sospecha o que presenten enfermedad mental grave en la valoración prenatal, se les garantice la atención con un servicio especializado de salud mental (Recomendación: C) (19).
113. Complete la primera **evaluación posnatal** de 6 a 12 semanas después del nacimiento y repita la evaluación al menos una vez en el primer año posnatal, según criterio clínico. Para una mujer con una puntuación EPDE entre 10 y 12, controle y repita la EPDE 2 a 4 semanas después, ya que su puntuación puede cambiar posteriormente. (Recomendación basada en consenso) (16).
114. En mujeres con alto riesgo de depresión posparto se recomienda garantizar una intervención en el posparto inmediato (Recomendación: A) (19).
115. En el caso de identificar una puntuación positiva en la pregunta 10 de la EPDE, realice una evaluación mental adicional inmediata, identificando si hay alguna revelación de ideación suicida. De acuerdo con sus hallazgos tome las medidas correspondientes garantizando la seguridad y cuidado del bebé (Punto de buena práctica) (16) (revisar estándares de la *Dimensión 1 en la población general*).
116. Los profesionales en salud deben ser formados en habilidades de comunicación y atención según las características culturales (Recomendación basada en consenso) (16).
117. Considere realizar las adecuaciones necesarias, según aspectos culturales, para la tamización (Recomendación basada en consenso) (16).

Evaluación de la interacción madre-hijo

118. Evalúe la interacción madre-hijo como parte integral de la atención perinatal (de acuerdo a la edad de la madre) y derive a un terapeuta en caso que se requiera (Punto de buena práctica) (16).
119. Si se identifican dificultades en la interacción madre-hijo, preocupación por la salud mental de la madre o pensamientos relacionados a hacerle daño al bebé, valore el riesgo para el hijo (Punto de buena práctica) (16).

Dimensión 2. Tratamiento de las mujeres con depresión en el periodo perinatal

Generalidades

120. Cuando sea posible, incluya al bebé en el tratamiento de la madre (Punto de buena práctica) (16).
121. Discuta las opciones de tratamiento teniendo en cuenta la posibilidad de amamantar, si la mujer lo desea; en caso contrario, apoye la elección de la mujer (Punto de buena práctica) (16).

Tratamiento psicológico y psicosocial

Tratamiento de depresión leve o moderada en mujeres en periodo perinatal

122. Ofrecer psicoeducación estructurada a mujeres con síntomas de depresión en el periodo perinatal (Recomendación fuerte) (16). En todos los casos de manera preventiva realice psicoeducación y acompañamiento emocional en tristeza posparto (*Postparto Blues o Baby Blues*) (consenso de expertos).
123. Discuta sobre los posibles beneficios de un grupo de apoyo social para mujeres con síntomas de depresión en el periodo posnatal (Recomendación condicional) (16), puede considerar medios virtuales para su realización (Recomendación basada en consenso) (16).
124. Ofrezca terapia cognitiva conductual o psicoterapia interpersonal a mujeres en periodo perinatal con depresión leve o moderada (Recomendación fuerte) (16).
125. Discuta sobre los posibles beneficios de la consejería directiva para mujeres con síntomas de depresión en el periodo posnatal (Recomendación condicional) (16)
126. Considere ofrecer intervenciones individuales en los casos donde se identifiquen dificultades en la relación madre-hijo, en la persona con diagnóstico de depresión posparto o que se esté recuperando (Recomendación basada en consenso) (16).

Tratamiento farmacológico

Tratamiento de depresión moderada en mujeres en periodo perinatal

127. El tratamiento farmacológico se considera cuando las opciones no farmacológicas han sido poco efectivas. Consigne en la historia clínica la información completa relacionada a sus antecedentes (Punto de buena práctica) (22).
128. En el caso de usar tratamientos psicoactivos durante el embarazo es importante mantener una relación cercana entre el profesional de la salud que

prescribe y los proveedores de atención de maternidad de la mujer. En casos complejos, busque una segunda opinión con un psiquiatra perinatal (Punto de buena práctica) (16).

129. Discuta con la mujer, y si es posible con la pareja, los riesgos (p. ej. afectaciones en la interacción madre-hijo, la crianza, la salud de la madre y el bebé) y beneficios del tratamiento farmacológico (Punto de buena práctica) (16).

Mujeres embarazadas

130. Antes de escoger un antidepresivo en particular, considere los siguientes aspectos (Punto de buena práctica) (16):

- respuesta previa de la mujer al tratamiento con antidepresivos,
- antecedentes obstétricos,
- factores que incrementen el riesgo de eventos adversos, y
- balance riesgo-beneficio de los antidepresivos en el embarazo. Ver Tabla 14 (consenso de expertos).

Tabla 14. Categorías FDA para uso de fármacos en el embarazo

Clase de droga	Nombres genéricos	Categoría FDA en embarazo u observación
Antidepresivos tricíclicos (ATC)	Amitriptilina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Amoxapina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Desipramina	No reporta categoría. No se ha establecido su uso seguro durante el embarazo y la lactancia; por lo tanto, si se va a administrar a pacientes embarazadas, madres lactantes o mujeres en edad fértil, se deben sopesar los posibles beneficios frente a los posibles riesgos para la madre y el niño. Los estudios de reproducción animal no han sido concluyentes.
	Doxepina	No reporta categoría. No hay evidencia de daño en estudios con animales, pero no se ha establecido la seguridad en humanos.

Clase de droga	Nombres genéricos	Categoría FDA en embarazo u observación
	Imipramina	No reporta categoría. Ha habido informes clínicos de malformaciones congénitas asociadas con el uso del fármaco. Aunque no se pudo establecer una relación causal entre estos efectos y el fármaco, no se puede excluir la posibilidad de riesgo fetal por la ingestión materna de clorhidrato de imipramina. Por lo tanto, las tabletas de clorhidrato de imipramina USP deben usarse en mujeres que están o podrían quedar embarazadas solo si la condición clínica justifica claramente el riesgo potencial para el feto.
	Nortriptilina	No reporta categoría. No se ha establecido el uso seguro del clorhidrato de nortriptilina durante el embarazo y la lactancia. Los estudios de reproducción animal no han arrojado resultados concluyentes.
	Protriptilina	No reporta categoría. No se ha establecido el uso seguro durante el embarazo y la lactancia.
	Trimipramina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)	Isocarboxazida	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Fenelzina	No reporta categoría. No se ha establecido el uso seguro de este medicamento durante el embarazo o la lactancia.
	Selegilina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.

Clase de droga	Nombres genéricos	Categoría FDA en embarazo u observación
	Tranilcipromina	No reporta categoría. Hay informes publicados limitados sobre infarto placentario y anomalías congénitas en asociación con su uso durante el embarazo; sin embargo, es posible que estos informes no informen adecuadamente la presencia o ausencia de riesgo asociado al uso de tranilcipromina durante el embarazo. No se realizaron estudios de desarrollo embrionario en animales con tranilcipromina; sin embargo, los estudios publicados sobre reproducción animal informan sobre la transferencia placentaria de tranilcipromina en ratas y una disminución dosis dependiente del flujo sanguíneo uterino en ovejas embarazadas. Advierta a las mujeres embarazadas sobre el riesgo potencial para el feto.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)*	Citalopram	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Escitalopram	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Fluoxetina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Paroxetina	D. Los medicamentos de esta categoría tienen estudios que evidencian el daño fetal en humanos. Su uso se considera si el beneficio es superior al riesgo y no existe una mejor alternativa. Los estudios epidemiológicos han demostrado que los bebés expuestos a paroxetina en el primer trimestre del embarazo tienen un mayor riesgo de malformaciones congénitas, en particular malformaciones cardiovasculares.
	Sertralina	No reporta categoría En general, los estudios epidemiológicos publicados disponibles de mujeres

Clase de droga	Nombres genéricos	Categoría FDA en embarazo u observación
		embarazadas expuestas a sertralina en el primer trimestre no sugieren diferencias en el riesgo de defectos congénitos importantes en comparación con la tasa inicial de defectos congénitos importantes en poblaciones de comparación. Algunos estudios han informado aumentos para defectos congénitos importantes específicos; sin embargo, los resultados de estos estudios no son concluyentes. Existen consideraciones clínicas con respecto a los recién nacidos expuestos a ISRS e IRSN, incluida la sertralina, durante el tercer trimestre del embarazo.
	Vilazodona	No se reporta categoría. No existen estudios adecuados y bien controlados sobre vilazodona en mujeres embarazadas. Se desconoce el riesgo subyacente de defectos congénitos importantes y abortos espontáneos para la población indicada.
	Vortioxentina	No se reporta categoría. Hay datos limitados en humanos sobre el uso de vortioxentina durante el embarazo para informar sobre los riesgos asociados con el medicamento. Sin embargo, existen consideraciones clínicas con respecto a los recién nacidos expuestos a ISRS e IRSN, incluido vortioxentina, durante el tercer trimestre del embarazo.
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/norepinefrina (IRSN)	Desvenlafaxina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Duloxetina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Venlafaxina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Levomilnaciprán	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.

Clase de droga	Nombres genéricos	Categoría FDA en embarazo u observación
Inhibidores de la recaptación de dopamina (DRI)	Bupropión	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
Antagonistas del receptor 5-HT _{2A}	Nefazodona	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISR)	Trazadona	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
Antidepresivos tetracíclicos (TeCA)	Mirtazapina	C. Los medicamentos de esta categoría deben ser administrados solamente si el posible beneficio deseado justifica el riesgo potencial en el feto.
	Maprotilina	B. El uso de los medicamentos de esta categoría se acepta, generalmente, durante el embarazo.
Categorías B: Los estudios de reproducción animal no han logrado demostrar un riesgo para el feto y no hay estudios de estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas, o los estudios en animales demuestran un riesgo y no se han realizado estudios adecuados y bien controlados en mujeres embarazadas durante el primer trimestre (y no hay evidencia de riesgo en trimestres posteriores) C: Los estudios de reproducción animal han demostrado efectos adversos en el feto, no existen estudios adecuados y bien controlados en humanos, y los beneficios del uso del medicamento en mujeres embarazadas pueden ser aceptables a pesar de sus riesgos potenciales. O no se han realizado estudios en animales y no hay estudios de estudios adecuados y bien controlados en humanos.		

Fuente: Traducido a partir de [Depression Medicines. From the FDA Office of Women's Health](#) y [FDA-Approved Drugs](#)

131. Si se opta por usar antidepresivos, se sugiere el uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) como tratamiento de primera línea para la depresión de moderada a grave en mujeres embarazadas (Recomendación condicional) (16).

132. En el caso de usar fluoxetina, sertralina y venlafaxina en depresión prenatal considere la probabilidad de desarrollar síndrome de adaptación neonatal (Punto de buena práctica) (22).

En caso de considerar la suspensión del medicamento, realizarlo de manera gradual antes del parto para evitar síndrome de discontinuación en el recién nacido.

133. En el caso de usar amitriptilina considere que puede duplicarse el riesgo de parto prematuro o de bajo peso al nacer (Punto de buena práctica) (22).

134. Evite el uso de litio durante el primer trimestre del embarazo (Punto de buena práctica) (22).
135. Evite el uso de ácido valproico durante la gestación (Punto de buena práctica) (22).
136. En caso de haber exposición a medicamentos psicoactivos (especialmente anticonvulsionantes) durante el primer trimestre, revise con atención la ecografía de 13 o 18 - 20 semanas por el mayor riesgo de malformación (Punto de buena práctica) (16).
137. En mujeres embarazadas tenga precaución con el uso de hipnóticos no benzodiazepínicos (*z-drugs*) para tratar el insomnio (Punto de buena práctica) (16). Puede considerarse la doxilamina como hipnótico de primera línea para insomnio de moderado a severo (Punto de buena práctica) (16).

Mujeres en posparto

138. Antes de escoger un antidepresivo para mujeres lactantes, considere (Punto de buena práctica) (16):
- la salud del bebé,
 - la edad gestacional al nacer y
 - los posibles eventos adversos como aumento del riesgo de defectos cardiacos de tipo septal, síndrome de adaptación neonatal (en caso de fluoxetina y sertralina), riesgo de aborto espontáneo (venlafaxina), riesgo de hipertensión pulmonar persistente (uso de ISRS) (Grado de recomendación: D) y riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer (amitriptilina) (22).
139. Si se opta por usar antidepresivos, se recomienda el uso de los ISRS como tratamiento de primera línea para la depresión de moderada a grave en mujeres posparto (Recomendación fuerte) (16).
140. Para mujeres que dejaron de tomar psicotrópicos durante el embarazo, realice la revisión farmacológica en el puerperio temprano (Punto de buena práctica) (16).
141. Revise durante los primeros tres días después del parto a los bebés expuestos en el embarazo a medicamentos psicoactivos (Recomendación basada en consenso) (16).
142. En caso de mujeres gestantes o en posparto con síntomas de ansiedad, se puede considerar el uso de benzodiazepinas a corto plazo mientras se espera el inicio de la acción del antidepresivo (Recomendación basada en consenso) (16). Tenga precaución con la prescripción repetida de

benzodiazepinas y su riesgo de dependencia, abstinencia en el bebé y sedación en la lactancia (Punto de buena práctica) (16)

143. Explique a la mujer que para suspender el medicamento se debe realizar gradualmente con el asesoramiento de un especialista en psiquiatría (Punto de buena práctica) (16). Revise los estándares de la sección *Suspensión de antidepresivos* del apartado de población general.

144. En caso de planear usar litio:

- controle los niveles sanguíneos de litio (Recomendación basada en consenso) (16),
- considere realizar seguimiento con psiquiatría (Recomendación basada en consenso) (16),
- ajuste la dosis antes y después del parto (Punto de buena práctica) (16), y
- evítelo en mujeres que amamantan, si es posible (Recomendación basada en consenso) (16).

Dimensión 3. Seguimiento de las mujeres con depresión en el periodo perinatal

145. En el seguimiento del periodo perinatal:

- Indague sobre el bienestar emocional de la mujer (y el de su pareja, si es apropiado) en cada seguimiento prenatal y posnatal (Punto de buena práctica) (16).
- Proporcione consejos sobre el estilo de vida y el sueño, y ayude a planificar cómo incorporarlos en su vida diaria (Punto de buena práctica) (16). Ver estándares de ***iError! No se encuentra el origen de la referencia..***
- En casos de depresión severa, planee la atención para los padres y su hijo(s) con base en un equipo coordinado y organice con antelación el acceso a una atención especializada (Punto de buena práctica) (16).

Adulto mayor⁵

Dimensión 1. Diagnóstico del adulto mayor con depresión

146. Se recomienda que los adultos mayores con riesgo de depresión obtengan información referente a los síntomas de depresión, en particular para mayores de 80 años, el médico debe buscar de forma intencionada y periódica por la presencia de estos síntomas y factores de riesgo para realizar el diagnóstico de manera oportuna (Punto de buena práctica) (24). Tenga en cuenta:
- Abordar preguntas como “¿se siente triste o deprimido?”
 - Los factores de riesgo para depresión son el ambiente social y familiar, enfermedades discapacitantes, abandono familiar y situación económica (Ver Tabla 1).
147. Los adultos mayores son más susceptibles de pérdidas, soledad y aislamiento social, por lo tanto, se recomienda mantener comunicación con miembros de la familia, amigos, vecinos y grupos comunitarios (Punto de buena práctica) (24).
148. Si en la búsqueda de síntomas y factores de riesgo la persona responde de manera afirmativa, aplique la escala de Yesavage (*Geriatric Depression Scale* - GDS) de 15 reactivos (Punto de buena práctica) (24) o PHQ-9 (BPC) (25) o PHQ-4 (consenso de expertos) para la detección de depresión en el adulto mayor (Ver Anexo 6 o Anexo 6 o Anexo 9).
149. Tenga en cuenta los siguientes puntos de corte de los instrumentos de tamización:
- GDS de 15 reactivos: $\geq 6/15$ puntos, el diagnóstico de depresión en adulto mayor deberá seguir un protocolo sistemático con abordaje estructurado (Punto de buena práctica) (24).
- PHQ-9, considere positivo en caso de tener un puntaje ≥ 10 y su severidad así (BPC) (25):
- Puntaje de 10-14: episodio depresivo leve
- Puntaje de 15-19: episodio depresivo moderado
- Puntaje de 20-27: episodio depresivo severo
- PHQ-4: ≥ 3 para la subescala de depresión en PHQ-4, confirme el diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente y determine su severidad (consenso de expertos)

⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años.

150. En caso de que el tamizaje mediante el instrumento (GDS 15 reactivos o PHQ-9 o PHQ-4), se considere positivo, confirme el diagnóstico con base en el criterio clínico, puede apoyarse en los criterios CIE. Ver estándar 3 (consenso de expertos) (BPC) (25).

PBP: Si se considera que el adulto mayor no es buen informante del estado de salud, se debe indagar a un referente para ampliar la información.

151. Excluya trastornos metabólicos, endocrinos, enfermedades sistémicas, intoxicación por drogas u otras enfermedades mentales como la demencia. La depresión es frecuente en el adulto mayor, pero se debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial (Punto de buena práctica) (24). Tenga en cuenta que algunos medicamentos pueden inducir síntomas que imitan a los de la depresión (21).

Depresión y asociación con otros síndromes geriátricos

152. La depresión en el adulto mayor debe ser considerada un síndrome geriátrico (donde interactúan factores como deterioro cognitivo, trastornos del sueño, demencia o pseudodemencia), por lo tanto, se debe abordar de forma integral (Punto de buena práctica) (24).

153. Cuando la persona tenga una fractura aplique la escala de depresión geriátrica una semana después del episodio, en caso de obtener el puntaje mencionado inicie el tratamiento oportunamente (Ver estándares 148 a 150) (Punto de buena práctica) (24).

154. Al momento del diagnóstico y durante el seguimiento, utilizar los índices de Barthel o Katz para la evaluación de la funcionalidad en el adulto mayor con depresión (Punto de buena práctica) (24).

155. En adultos mayores con insomnio busque de manera intencionada síntomas de depresión y ansiedad, ya que normalmente son causas directas o indirectas del trastorno del sueño (Punto de buena práctica) (24).

156. Remita a todo adulto mayor con deprivación sensorial al especialista correspondiente, para realizar la corrección siempre que sea posible (Punto de buena práctica) (24).

Dimensión 2. Tratamiento en adultos mayores con depresión

157. El objetivo del tratamiento en el adulto mayor debe ser la remisión del episodio depresivo mayor y que la persona tenga un nivel de funcionalidad basal completo (Categoría de la evidencia: I) (24).

158. El tratamiento debe tener en cuenta las preferencias de cada persona (Categoría de la evidencia: I)(24). Ver las *Generalidades del tratamiento* en la sección de población general.

159. En atención primaria el equipo multidisciplinario debe ser conformado por profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social (Punto de buena práctica) (24).
160. Realice prescripciones sociales de activos en salud⁶ y estimulación cognitiva, de acuerdo con los recursos disponibles (consenso de expertos).
161. En la valoración deben registrarse otras enfermedades (físicas o mentales), su tratamiento y seguimiento, para hacer un plan de tratamiento integral (Categoría de la evidencia: I) (24).
162. Las estrategias de comunicación para la toma de decisiones compartida con cada persona y su familia deben incluir (20):
- Información referente a la remisión a centros de atención social a la salud para recibir diferentes tipos de ayuda.
 - Beneficios del tratamiento y sus efectos en la funcionalidad y enfatizar que la depresión no es una característica de la vejez.
 - Características del tratamiento farmacológico, efectos secundarios y riesgos de la suspensión del tratamiento (Grado de recomendación: C) (24).
 - Comente que se recomienda la psicoterapia en personas con depresión, en especial, en conjunto con el tratamiento farmacológico como terapia inicial en personas con depresión mayor.
 - Fomentar y asesorar la realización de actividad física en personas sedentarias, lo anterior como complemento al tratamiento farmacológico y terapia psicológica estructurada breve. (Fuerza de la recomendación: condicional) (17).
 - Considerar el entrenamiento de relajación como complemento al tratamiento farmacológico y terapia psicológica breve estructurada. (Fuerza de la recomendación: condicional) (17).

Tratamiento psicológico y psicosocial

163. Para determinar la duración del tratamiento psicológico remítase al estándar 32 y 33, Tabla 8 y Tabla 9 de la sección de población general.

⁶ Activos en salud comunitario: cualquier factor o recurso que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud (Modelo de Cuidado Keralty, 2020). Enfocados a conocer las fortalezas de la comunidad en cuanto a talentos, capacidades, colectivos e individuales, y ambientales en el contexto (Kreztman & MacKnight 1993). Dichos activos pueden provenir de las mismas personas, infraestructura, organizaciones formales e informales e instituciones que ofrecen sus servicios, recursos, talleres, espacios para fortalecer el bienestar individual y colectivo. Puede consultar los activos en salud disponibles en el siguiente [link](#).

En los adultos mayores se han descrito las siguientes terapias psicológicas:

Tabla 15. Opciones de tratamiento psicológico en adultos mayores.

Opción terapéutica	Características
TCC	Personas con depresión leve, por debajo del umbral o trastorno depresivo menor (Recomendación condicional de uso) (20). En el tratamiento de personas con episodios de depresión, trastorno depresivo, depresión moderada y grave (Fuerza de la recomendación: condicional) (17) Como complemento del tratamiento farmacológico (Fuerza de la recomendación: condicional) (17).
Terapia enfocada en relaciones interpersonales y solución de estas + tratamiento farmacológico	(Recomendación de uso) (20).
Terapia de resolución de problemas	En el manejo de episodios potencialmente depresivos (Recomendación de uso) (20). Para personas con trastorno depresivo mayor (Evidencia insuficiente para emitir recomendación) (20). Personas con disfunción ejecutiva o demencia (Recomendación condicional de uso) (20).
Biblioterapia con libros de autoayuda	Personas con depresión subclínica (Evidencia insuficiente para emitir recomendación) (20).
Tratamiento grupal de revisión de vida o terapia conductual cognitiva grupal, sola o en combinación con otras intervenciones.	Personas con depresión subclínica (Evidencia insuficiente para una recomendación) (20).

Fuente: APA 2019 (20) y OMS MhGAP (17).

164. Estas terapias deben considerarse como parte del tratamiento psicológico en centros de salud no especializados si hay suficiente personal de salud. (Fuerza de la recomendación: condicional) (17).

165. Para personas con trastorno depresivo menor que adicionalmente tengan deterioro cognitivo o demencia, se sugiere (Recomendación condicional de uso) (20):

- Terapia de resolución de problemas individual en adultos con deterioro cognitivo.
- TCC individual o terapia conductual de eventos placenteros en adultos con demencia.

166. Refiera a todas las personas quienes hayan tenido intentos de suicidio a atención por psiquiatría y valore la posibilidad de contención (Grado de recomendación: C)(24).

167. Las personas mayores con depresión y problemas de inicio y continuidad del sueño pueden beneficiarse de las estrategias de higiene de sueño (24).

Tratamiento farmacológico

168. No considere los antidepresivos como el tratamiento inicial en adultos mayores con un episodio depresivo leve (Fuerza de la recomendación: condicional) (17) (Categoría de evidencia: I) (24).
169. Algunas situaciones donde se puede considerar el uso de medicamentos antidepresivos pueden ser (Grado de recomendación: C) (24):
- Depresión mayor de reciente diagnóstico
 - Depresión persistente después de otras intervenciones
 - Historial de depresión mayor
 - Asociación con problemas psicosociales o médicos
170. La selección del medicamento debe basarse en (Categoría de evidencia: I) (15,24):
- La toma de decisiones compartidas con cada persona, teniendo en cuenta los beneficios y daños del tratamiento (Recomendación condicional de uso) (20).
 - Los efectos secundarios, seguridad y tolerancia de cada persona.
 - El estado físico general de la persona, comorbilidades e interacciones con medicamentos que esté tomando, especialmente interacciones con hipoglucemiantes.
 - El monitoreo cuidadoso para detectar efectos secundarios.
 - La necesidad de aumentar la vigilancia por el riesgo de caídas y fracturas.
 - Si se requiere vigilar el riesgo de hiponatremia (particularmente en las personas con riesgo o aquellos que usan diuréticos).
 - El riesgo aumentado a la hipotensión ortostática y al bloqueo colinérgico (21).
171. En el adulto mayor, el inicio del tratamiento farmacológico debe ser (Grado de recomendación: B) (24):
- Gradual.
 - La mitad de la dosis mínima recomendada durante una semana.
 - Aumentar gradualmente a la dosis óptima teniendo en cuenta respuesta y efectos secundarios.
172. Considere el inicio de terapia cognitivo conductual junto con el inicio del tratamiento farmacológico, ya que ha demostrado mayor eficacia que el antidepresivo solo, además, prefiera usar un antidepresivo de segunda generación por el riesgo reducido de efectos secundarios (Recomendación condicional de uso) (20).

173. Los ISRS son el medicamento de elección para la mayoría de los adultos mayor con depresión en comparación con los tricíclicos, ya que tienen menores efectos secundarios, principalmente cardiovasculares (Grado de recomendación A y C) (24).
174. Si requiere usar tratamiento farmacológico en adultos mayores, evite los antidepresivos tricíclicos siempre que sea posible (Fuerza de la recomendación: condicional) (17). Considere los antidepresivos tricíclicos o la fluoxetina en adultos mayores con episodio o trastorno depresivo moderado a grave (Fuerza de la recomendación: condicional) (17).
175. El médico debe conocer las características y perfil farmacológico de los medicamentos, por lo que se recomiendan estas dosis al inicio del tratamiento en el adulto mayor (Punto de buena práctica) (24):
- Paroxetina* 10mg cada 24hrs (tener en cuenta riesgo de hiponatremia).
 - Sertralina 25mg cada 24 horas
 - Fluoxetina* 20mg cada 24hrs (su presentación es en cápsula y no permite disminuir la dosis).
 - Venlafaxina 75mg cada 24 horas (tener en cuenta riesgo de HTA)
 - Citalopram 10mg cada 24 horas (no se debe usar dosis mayores de 20mg/día en personas mayores de 60 años)(32).
 - Escitalopram 10mg cada 24 horas (consenso de expertos)
- *La fluoxetina y la paroxetina son los ISRS más propensos a la interacción medicamentosas (24), especialmente con los fármacos de uso crónico usados en el tratamientos de comorbilidades crónicas.
- En personas frágiles, disminuya la dosis en un 25% y recomiende su uso en la mañana, por el riesgo de eventos adversos, por otro lado, recomiéndelos en la noche a las personas en quienes provoquen somnolencia (Punto de buena práctica) (24).
176. No considere la monoterapia con benzodiazepinas (no son antidepresivos), administre las benzodiazepinas en asociación con el antidepresivo. Si la persona tiene depresión con ansiedad, debe utilizar dosis bajas de ansiolíticos de vida media corta en un periodo no mayor a 3 meses para evitar tolerancia y dependencia (Punto de buena práctica) (24).
177. Evite la doxepina y amitriptilina en el tratamiento de adultos mayores con depresión, por su potencial riesgo de eventos adversos (Grado de recomendación: C) (24).
178. En caso de usar imipramina en el primer nivel de atención, inicie con dosis bajas (12.5 mg) por el riesgo de eventos adversos, haga incrementos lentos con una estrecha vigilancia de efectos secundarios como (Punto de buena práctica) (24):

- Arritmias
 - Estreñimiento
 - Glaucoma
 - Boca seca
 - Retención aguda de orina
 - Caídas
 - Hipotensión ortostática
179. En el manejo de insomnio en adulto mayor con diagnóstico de depresión considere en su orden: medidas no farmacológicas (medidas de higiene del sueño, técnicas de relajación/respiración y terapia cognitivo-conductual) y en caso de considerar tratamiento farmacológico considere la melatonina y uso de hipnóticos no benzodiazepínicos (consenso de expertos).
180. Las benzodiazepinas (fármacos hipnóticos sedantes) como el clonazepam, lorazepam o alprazolam y otros fármacos relacionados solo deben utilizarse en casos de respuesta no adecuada a otro tratamiento farmacológico y cuando los beneficios de su administración superen en gran medida los riesgos de este (Grado de recomendación: A) (24).
181. Advierta rutinariamente que los medicamentos hipnóticos causan somnolencia, por lo que pueden afectar la capacidad para realizar actividades que requieren niveles de alerta y coordinación física, asimismo, desaconseje su uso concomitante con bebidas alcohólicas (Grado de recomendación: A) (24).
182. No se recomienda el tratamiento a largo plazo con benzodiazepinas, ya que su eficacia no está claramente establecida, además, en los adultos mayores hay un incremento en el riesgo de deterioro cognoscitivo, depresión, confusión, caídas y fracturas, adicionalmente, puede generar dependencia, tolerancia, insomnio de rebote y síndrome de retiro (Grado de recomendación: C) (24).
183. El retiro gradual de las benzodiazepinas en adultos mayores con uso crónico de las mismas se ha relacionado con mejoría en la función cognoscitiva y el estado de ánimo (Grado de recomendación: A) (24).
184. Evite benzodiazepinas de vida media larga como el diazepam, flurazepam, clonazepam y clordiazepóxido, ya que están asociadas con lesiones mayores como fractura de cadera por caídas y no ofrecen un beneficio mayor que las de vida media corta o intermedia (Grado de recomendación: D) (24).

185. Considere el uso de nortriptilina, citalopram y escitalopram para el tratamiento de la depresión vascular (Categoría de la evidencia: III y Ia) (24).

Dimensión 3. Seguimiento de los adultos mayores con depresión

186. Durante el seguimiento, utilizar las escalas de Barthel y Katz para la evaluación de la funcionalidad en el adulto mayor con depresión (Punto de buena práctica) (24).
187. De 45 a 60 días después del inicio del tratamiento y la remisión de los síntomas depresivos realice la evaluación cognitiva en el adulto mayor con síntomas depresivos, con el fin de descartar la existencia de pseudodemencia depresiva (Punto de buena práctica) (24).
188. En caso de prescribir benzodicepinas en adultos mayores, realice seguimiento continuo, en el que se evalúe la efectividad, efectos secundarios, aparición o exacerbación de comorbilidades, tolerancia y taquifilaxia (Punto de buena práctica) (24).
189. Realice el seguimiento con la misma frecuencia del seguimiento de la población general: a la semana de haber iniciado el tratamiento, continúe el seguimiento al primer mes, luego en el mes 3 y 6 o con mayor frecuencia si se requiere (consenso de expertos).
190. Si se evidencia mejoría a los 6 meses, considere retirar el medicamento. En caso de recaída puede considerar el tratamiento farmacológico por un año, según criterio médico (consenso de expertos).
191. En el caso de las personas con depresión que rechacen tratamiento, deberán tener un seguimiento a las 2 semanas siguientes para evaluación y, en su caso, insistir en el tratamiento (Grado de recomendación: C) (24).
192. Si no se identifica respuesta al tratamiento, revisar la Tabla 10.
193. Establezca contacto con las personas deprimidas que no acudan a sus citas de seguimiento, el personal de trabajo social debe colaborar con el médico para esta acción. (Grado de recomendación: C) (24).
194. Cuando haya falla de respuesta terapéutica en una persona con depresión remítase a la información reportada en la sección Opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea.
195. "Los profesionales de la salud deben concientizar a la persona, al familiar o al cuidador, la necesidad de vigilar e informar a sus médicos, sobre la presencia de síntomas de supresión." (Punto de buena práctica) (24).
196. "El personal de enfermería especialista en atención primaria a la salud, debe participar en la detección temprana, tratamiento y seguimiento de los

adultos mayores con depresión, en el primer nivel de atención." (Punto de buena práctica) (24).

197. Para realizar la disminución de la dosis y supresión de antidepresivos remítase a la sección *Suspensión de antidepresivos* del apartado de población general.

Potenciación con litio

198. En adultos mayores que toman litio (15):
- Prescriba el medicamento bajo acuerdos de atención compartida, si existen dudas sobre la toxicidad o efectos secundarios, maneje la prescripción junto con servicios de atención especializada.
 - Controle los niveles séricos:
 - 12 horas después de la primera dosis
 - 1 semana posterior al inicio del tratamiento
 - 1 semana posterior al cambio de dosis
 - Semanalmente hasta la estabilidad de los niveles (ajuste la dosis semanalmente hasta alcanzar los niveles óptimos).
 - Haga controles cada 3 meses durante el primer año al encontrar la dosis estable.
 - Después del primer año haga controles cada 6 meses.
 - Las siguientes personas necesitan control cada 3 meses luego del primer año:
 - Adultos mayores
 - Personas que toman medicamentos que interactúen con el litio
 - Personas con riesgo de insuficiencia renal o tiroidea
 - Personas con niveles elevados de calcio
 - Personas con control deficiente de los síntomas o poca adherencia
 - Personas con niveles de litio en plasma mayores o iguales a 0.8 mmol por litro. Considere niveles terapéuticos de 0,4 a 0,6 mmol/L para personas mayores de 65 años o más.

Personas con problemas crónicos de salud física

En este apartado se incluyen los estándares de tratamiento para personas con enfermedades como cáncer, enfermedad cardíaca, diabetes o un trastorno musculoesquelético, respiratorio o neurológico y diagnóstico de depresión. Revise en conjunto con los estándares para la *población general*.

Dimensión 1. Diagnóstico de la persona con depresión

199. La evaluación integral para el diagnóstico de la depresión se debe realizar en conjunto con los síntomas y el grado de deterioro funcional o discapacidad de la persona (29).
200. Indíquelo a la persona con la condición crónica de salud y a sus familiares o cuidadores que es importante consultar al médico si identifican cambios de humor, desesperanza, negatividad e ideación suicida (29).
201. Revise los estándares de la *Dimensión 1. Diagnóstico de depresión*.

Dimensión 2. Tratamiento de la persona con problemas crónicos de salud física y depresión

Generalidades del tratamiento

202. Asegurar la confidencialidad, privacidad y dignidad de la persona a tratar (29).
203. Trabaje de manera abierta para construir una relación de confianza, atractiva y sin prejuicios (29).
204. Explore opciones de tratamiento centrado en el optimismo, explicando el curso de la depresión y la esperanza de la recuperación y teniendo en cuenta el nivel de comprensión de la persona.
205. Evite el lenguaje clínico sin la explicación pertinente (29).
206. En una persona con depresión, la discriminación puede ser un factor que puede causar episodios depresivos, indague si la persona ha sufrido de discriminación por su enfermedad de base y pregunte como le afecta en su cotidianidad. (29).
207. Asegúrese de entregar la información pertinente de manera completa y por escrito, y de ser posible, en formato de audio (29).
208. Complemente la asesoría con intérpretes independientes, es decir, alguien que la persona no conozca (29).

209. Proporcione información sobre grupos de autoayuda, apoyo y otros recursos locales y nacionales (29).
210. Haga lo necesario para que las personas den su consentimiento informado de manera consciente antes del inicio del tratamiento, especialmente si tiene depresión severa o está bajo alguna ley de salud mental (29).
211. El consentimiento informado debe incluir toda la información proporcionada por escrito junto con lo que la persona comprende, que se espera mientras está en el tratamiento y cuáles son los resultados probables junto con los efectos secundarios (29).
212. Considere el grado en el que los siguientes factores han afectado el curso de la depresión de una persona con enfermedad crónica (29):
- Historia de depresión, enfermedades de salud mental o comorbilidades físicas.
 - Historia de elevación del estado de ánimo (para determinar la presencia de un trastorno bipolar)
 - Experiencias previas de depresión y respuesta al tratamiento
 - Calidad de relaciones interpersonales, condiciones de vida y aislamiento social.
213. Garantice las competencias del profesional en evaluación culturalmente sensible, modelos explicativos de la depresión, abordaje de diferencias culturales y étnicas al implementar planes de tratamiento y experiencia con familias de diversos orígenes étnicos y culturales. Lo anterior en un ambiente de respeto y sensibilidad respecto a los orígenes culturales, étnicos y religiosos de la persona a tratar (29).
214. Tener en cuenta cualquier discapacidad de aprendizaje o deterioro cognitivo adquirido y de ser necesario considere consultar con un especialista para desarrollar la estrategia de tratamiento (29).
215. Para personas con enfermedades crónicas de salud física, problemas de aprendizaje o deterioro cognitivo adquirido y diagnóstico de depresión, considere (29):
- En lo posible proporcionar las mismas intervenciones de otras personas con depresión.
 - Tener en cuenta la discapacidad o deficiencia en el método de entrega y duración de la intervención.
216. Pregunte siempre sobre ideación o intención suicida, si existe riesgo de autolesión o suicidio (29):
- Evaluar si la persona cuenta con apoyo social y conoce fuentes de ayuda

- aconsejar la búsqueda de ayuda si la situación empeora
- Construir una red de ayuda adecuada al nivel de riesgo:

Tabla 16. Intervenciones según el nivel de riesgo de suicidio en personas con problemas crónicos de salud.

Estado de la persona	Intervención
Riesgo inmediato para sí mismo o para otros	Remisión a urgencias por Psiquiatría
Riesgo de suicidio	<p>Tener en cuenta la toxicidad de la sobredosis de los medicamentos antidepresivos prescritos u otros medicamentos que consume la persona. En caso de ser necesario, limite las drogas disponibles.</p> <p>La venlafaxina y los antidepresivos tricíclicos (a excepción de la lofepramina) se asocian con mayor riesgo de muerte por sobredosis. Considere aumentar la red de apoyo como contactos directos o telefónicos frecuentes. Considere remitir a la persona a servicios especializados de salud mental.</p>
Etapa inicial del tratamiento	<p>Asesorar y buscar activamente síntomas como: agitación, ansiedad e ideación suicida. Asegurarse que la persona sabe cómo buscar ayuda rápidamente. Si la persona presenta agitación marcada y prolongada revisar el tratamiento.</p>
Etapa inicial del tratamiento y momentos de mayor estrés personal	<p>Informar a la persona y su familia para que estén atentos ante cambios de humor, negatividad, desesperanza e ideación suicida y que se comuniquen con un profesional en caso de que suceda.</p>

Fuente: NICE 2009 (29)

217. El tratamiento debe ser de mutuo acuerdo entre los profesionales de la salud y la persona con depresión. Ver estándar 19.

218. Si la condición de salud física impide a la persona su participación en el tratamiento psicosocial o psicológico, explore alternativas como intervenciones por teléfono (29) o virtuales.

Tratamiento farmacológico

219. Para prescribir un antidepresivo en personas con una enfermedad física crónica tenga en cuenta (29):

La presencia de otros trastornos físicos

Interacciones con otros medicamentos

Los efectos secundarios que los antidepresivos pueden causar en su enfermedad física crónica

- La inexistencia de pruebas que respalden el uso de antidepresivos en personas con una enfermedad crónica
220. Tenga en cuenta la sección de interacciones con otros medicamentos al momento de prescribir un antidepresivo (29).
 221. En caso de dudar sobre las interacciones consulte a un especialista y remita a la persona a consulta especializada en salud mental en caso de ser necesario (29).
 222. A menos que existan interacciones con otros medicamentos prescriba como primera opción un ISRS, considere citalopram o sertralina que tienen menos interacciones (29).
 223. No utilice dosulepina (29).
 224. Los inhibidores de monoaminoxidasa, combinación de antidepresivos y potenciación de antidepresivos con litio solo deben ser prescritos por los psiquiatras (29).

Interacciones de los antidepresivos de la inhibición selectiva de recaptación de serotonina (ISRS) y otros medicamentos

225. Para personas que tomen AINES no ofrezca ISRS debido al mayor riesgo de hemorragia gastrointestinal, en cambio considere antidepresivos con un rango menor de interacciones como mianserina, mirtazapina, moclobemida, o trazodona (29).
226. No ofrezca ISRS a personas que toman warfarina o heparina debido a su efecto antiplaquetario (29).
227. Para personas que usen aspirina indique los ISRS con precaución, en caso de ser posible considere alternativas más seguras como trazodona o mianserina. (29).
228. En caso de no ser posible formular alternativas más seguras en el caso de los AINES o la aspirina, adicione medicamentos gastroprotectores al tratamiento (29).
229. Para personas que toman heparina, aspirina o warfarina considere utilizar mirtazapina, teniendo en cuenta que el índice internacional normalizado puede aumentar ligeramente (29).
230. Para personas que usan triptanes para la migraña, ofrezca una alternativa más segura a los ISRS como mirtazapina, trazodona o mianserina (29).

231. No ofrezca ISRS de manera simultánea con inhibidores de la monoaminoxidasa B (MAO-B) como selegilina o rasagilina, ofrezca alternativas más seguras como mirtazapina, trazodona o mianserina (29).
232. Para personas que toman teofilina, clozapina, metadona o tizamidina no ofrezca fluvoxamina. Las alternativas más seguras son sertralina o citalopram (29).
233. Use como primera opción la sertralina en personas que toman flecainida o propafenona, también puede usar mirtazapina o moclobemida (29).
234. En personas que tomen atomoxetina no ofrezca fluoxetina o paroxetina, use un ISRS diferente (29).

Tratamiento de personas con síntomas depresivos persistentes por debajo del umbral o depresión leve a moderada

235. Promueva hábitos de estilo de vida saludable (29). Ver estándares de ***iError! No se encuentra el origen de la referencia.*** en la sección de población general.
236. Para la elección del tratamiento tenga en cuenta factores como (15,29):
- Duración del episodio depresivo y curso de los síntomas.
 - Historial de depresión y respuesta al tratamiento
Historia de la enfermedad crónica y tratamiento específico para la misma.
 - Preferencias y prioridades de la persona a tratar.

Revise los estándares en *Estilo de vida*

237. Para mejorar la sensación de bienestar aconseje seguir una dieta saludable, evitar el consumo en exceso de alcohol, dormir lo suficiente y realizar actividad física de manera regular (15,21), preferiblemente si son actividades al aire libre (15).
238. En personas con depresión se recomienda:
- Realizar actividad física rutinaria sola para el tratamiento de personas adultas con episodios depresivos leves o como terapia adjunta si el episodio es moderado o grave (Recomendación fuerte a favor) (18).
 - Promover realizar ejercicio entre 30 y 45 minutos al menos 3 veces por semana, durante 10 a 14 semanas (Recomendación fuerte a favor) (18), pueden prescribirse ejercicios como caminar, trotar o correr (BPC) (25).
 - La prescripción de ejercicio depende de la condición física de cada persona como complemento de la terapia farmacológica o psicoterapia (BPC) (25).
 - Mantener una rutina cotidiana y hábitos de vida saludable (Recomendación fuerte por consenso de expertos) (18).

- Promover higiene del sueño (Recomendación fuerte a favor por consenso de expertos) (18).

Generalidades del tratamiento para población general.

Intervenciones psicosociales de baja intensidad

239. De acuerdo a las preferencias de cada persona y en caso que tengan síntomas depresivos por debajo del umbral o depresión leve a moderada que puedan complicar la atención de su condición crónica de salud física, considere (29):

- Un programa estructurado de actividad física en grupo que debe:
- Modificarse en términos de duración y frecuencia de acuerdo a la capacidad física de cada persona.
 - Ser realizado por un profesional especializado.
 - Realizarse en sesiones de 2 a 3 veces por semana en duración aproximada de 45 minutos a una hora y durante 12 semanas en promedio.
 - Coordinarse con cualquier programa de rehabilitación relacionado con su enfermedad física.

- Un programa de grupos de autoayuda que debe:
- Ser realizado en grupos de personas con la misma enfermedad de base.
 - Centrarse en compartir sus experiencias relacionadas con la enfermedad crónica que tienen.
 - Ser realizado por profesionales que faciliten la asistencia a las reuniones, tengan conocimiento de sus problemas de salud y la depresión, y revise los resultados de la intervención a nivel individual.

- Terapia cognitiva conductual individual que debe:
- Incluir materiales escritos que faciliten la lectura
 - Ser realizado por un profesional especializado

- Terapia conductual cognitiva computarizada que debe:
- Realizarse de manera independiente en computadora o en la web.
 - Incluir una explicación del modelo conductual y promover la realización de tareas entre sesiones.
 - Tener el apoyo de un profesional que facilite el manejo del programa y vigile el progreso y los resultados.

Tratamiento farmacológico

240. Considere la participación en un grupo de apoyo, TCC individual o psicoeducación de red de apoyo (familia, pareja u otro) durante el tratamiento de la depresión en los casos en que se identifique que los problemas de las

relaciones afectivas cercanas pueden contribuir a la depresión, en personas con inicio de depresión moderada (29) (consenso de expertos).

Tratamiento de personas con depresión severa

241. Para personas con inicio de depresión severa considere la combinación de TCC individual con un antidepresivo (29).

Inicio del tratamiento

242. Al momento de prescribir los medicamentos antidepresivos tenga en cuenta los aspectos a discutir con la persona mencionados en la Tabla 5, adicionalmente, explique las interacciones con otros medicamentos, proporcione información escrita sobre la explicación de que los antidepresivos no producen adicción y resuelva las inquietudes que tenga la persona (29).

243. Prescribir dosis terapéuticas de acuerdo a las condiciones de cada persona y su problema de salud física (29).

244. Si la persona desarrolla efectos secundarios luego del inicio del antidepresivo considere (29):

- Vigilar de cerca cuando los efectos secundarios sean leves o aceptables para la persona
- Suspender el medicamento o cambiarlo si la persona lo prefiere.
- Considere tratamiento concomitante con benzodiazepina si la ansiedad, agitación e insomnio afectan la vida de la persona, pero:
 - No la ofrezca a personas con problemas crónicos de ansiedad.
 - Utilice el medicamento con precaución en personas con riesgo de caída.
 - No lo utilice por más de dos semanas para prevenir la dependencia al medicamento.

Continuación del tratamiento

245. Aliente a la persona en la continuación del medicamento cuando ha obtenido beneficios por al menos 6 meses después de la remisión de un episodio depresivo, informe que esto reduce el riesgo de recaída y que los antidepresivos no se asocian con la adicción (29).

246. La continuación del medicamento antidepresivo por más de 6 meses debe ser revisado junto con la persona teniendo en cuenta (29):

- Problemas de salud física y psicosociales de manera recurrente.
- Número de episodios previos de depresión.
- Presencia de síntomas residuales.

Intervenciones de psicología de alta intensidad

247. El objetivo final de la intervención psicológica es obtener una mejoría significativa o remisión y su duración puede (29):

Disminuir si se logra la remisión.

Aumentar si hay progreso y existe un acuerdo entre el profesional médico y la persona a tratar en realizar más sesiones.

248. Revisar las terapias sugeridas en la sección de *población general*.

Opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea

249. Verifique que el medicamento esté siendo tomado según la prescripción, si la depresión no mejora de 2 a 4 semanas después del inicio (29).

250. Si no hay respuesta luego de 4 semanas de tratamiento con una dosis terapéutica de antidepresivo aumente la frecuencia de contacto a una vez por semana presencial o vía telefónica y tenga en cuenta (29):

- Si no hay efectos secundarios significativos aumente la dosis o
- Cambie el tipo de medicamento.

Revise los estándares de *Opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea*, en la población general.

251. Si después de 4 semanas se presenta mejoría, continuar el tratamiento durante 2 a 4 semanas y considere cambiar el medicamento si (29):

- No hay respuesta adecuada
- La persona presenta efectos secundarios
- La persona quiere cambiar de medicamento

252. Si cambia de medicamento, considere (29):

- La necesidad de aumento de dosis de manera gradual y modesta
- Interacción de antidepresivos
- Riesgo de síndrome serotoninérgico: delirio, sudoración, escalofríos, confusión, cambios en la presión arterial y mioclonías, cuando se combinan antidepresivos serotoninérgicos.

253. Si el medicamento no fue efectivo o tolerado (29):

Considere otras opciones como el tratamiento psicológico de alta intensidad (29).

Prescriba otro antidepresivo único, si se toma la decisión de ofrecer un ciclo adicional (29). Revise los estándares de *Opciones terapéuticas en personas sin respuesta al tratamiento de primera línea*, en la población general.

Suspensión de antidepresivos

Revise la sección *Suspensión de antidepresivos* en el apartado de población general.

Cuidado colaborativo de personas con diagnóstico de depresión

254. En personas con un problema crónico de salud física, diagnóstico de depresión y deterioro funcional asociado, y cuya depresión no ha respondido a intervenciones psicológicas de alta intensidad, tratamiento farmacológico o su combinación, considere intervenciones colaborativas que incluyan (29):

- Manejo del caso supervisado por un psiquiatra.
- Colaboración entre los servicios médicos y el profesional de salud mental mencionado.
- Combinación de la educación de la persona con intervenciones psicológicas de alta intensidad, farmacológicas y manejo de los medicamentos.
- Coordinación a largo plazo y seguimiento a las intervenciones.

Dimensión 3. Seguimiento de la persona con problemas crónicos de salud física y depresión

Revise la sección *Dimensión 3. Seguimiento de la persona con depresión* de la población general.

255. Realice un monitoreo activo para personas que no requieren una intervención formal según juicio médico, cuyos síntomas depresivos se clasifiquen por debajo del umbral, depresión leve (29):

- Discutir los problemas y preocupaciones que tiene la persona.
- Proporcionar información sobre la naturaleza y el curso de la depresión.
- A las 2 semanas de la valoración, programar una sesión de valoración adicional.
- Si la persona no asiste a las citas de seguimiento, establezca contacto.

Recomendaciones clave

Las recomendaciones clave priorizadas mediante consenso informal para el proceso de implementación fueron:

Sección	Estándar
Población general - Diagnóstico	<p>3. En caso de obtener en el tamizaje un valor ≥ 3 para la subescala de depresión en PHQ-4 o un puntaje >5 en PHQ-9, confirme el diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente y determine su severidad (consenso de expertos) (Recomendación fuerte a favor) (18). Puede usar los criterios de la clasificación internacional de enfermedades (CIE) (Punto de buena práctica clínica) (18), o aquellos vigentes en el contexto. Ver Tabla 2 y Tabla 3.</p> <p>Tenga en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los criterios de la clasificación internacional de enfermedades son un apoyo, el criterio clínico es el que define el diagnóstico (consenso de expertos). • En personas con dificultades de comunicación, use un método de comunicación de acuerdo a las necesidades de la persona, en el caso que sea factible (ej. Intérprete lenguaje de señas) o haga las preguntas al familiar o cuidador (15). • Considere usar medidas validadas para síntomas, funcionalidad o discapacidad (15).
Población general - Tratamiento	<p>16. Discuta con la persona sobre qué podría estar contribuyendo al desarrollo de su depresión y las expectativas que se tengan en relación al tratamiento (14). Explique las opciones de tratamiento (beneficios, eventos adversos, tiempos de espera y resultados esperados), indague por sus preferencias, por experiencias de episodios depresivos y tratamientos anteriores (incluyendo tratamientos a familiares de primer grado, eficacia y eventos adversos). Dedique el tiempo suficiente en la discusión inicial sobre las opciones de tratamiento y tome una decisión compartida, diligencie el consentimiento informado y registre lo discutido en la historia clínica (14) (consenso de expertos).</p>
Población general - Seguimiento	<p>83. Durante el seguimiento en personas con tratamiento para depresión, revise los aspectos destacados en la Tabla 11.</p>
Mujeres en periodo perinatal - Diagnóstico	<p>108. Utilice la Escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDE) para detectar de manera temprana a las mujeres en riesgo de un posible trastorno depresivo en el período perinatal (Recomendación fuerte) (16) (Grado de recomendación: fuerte) (22). Tenga en</p>

Sección	Estándar
	<p>cuenta que la sensibilidad de la EPDE puede verse afectada por factores como la edad (adolescencia) o enfermedades concomitantes (p.ej. VIH) (Grado de recomendación: fuerte) (22). Ver Anexo 8.</p> <p>104. Evalúe los factores de riesgo psicosocial tan pronto como sea factible durante el embarazo y después del parto (Punto de buena práctica) (16). En el caso de decidir usar algún instrumento, utilice escalas validadas para en la población objetivo.</p>
Mujeres en periodo perinatal-Tratamiento	122. Ofrecer psicoeducación estructurada a mujeres con síntomas de depresión en el periodo perinatal (Recomendación fuerte) (16). En todos los casos de manera preventiva realice psicoeducación y acompañamiento emocional en tristeza posparto (Postparto Blues o Baby Blues) (consenso de expertos).
Mujeres en periodo perinatal – Seguimiento	<p>145. En el seguimiento del periodo perinatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indague sobre el bienestar emocional de la mujer (y el de su pareja, si es apropiado) en cada seguimiento prenatal y posnatal (Punto de buena práctica) (16). • Proporcione consejos sobre el estilo de vida y el sueño, y ayude a planificar cómo incorporarlos en su vida diaria (Punto de buena práctica) (16). Ver estándares de Estilo de vida. • En casos de depresión severa, planee la atención para los padres y su hijo(s) con base en un equipo coordinado y organice con antelación el acceso a una atención especializada (Punto de buena práctica) (16).
Adulto mayor-Diagnóstico	151. Excluya trastornos metabólicos, endocrinos, enfermedades sistémicas, intoxicación por drogas u otras enfermedades mentales como la demencia. La depresión es frecuente en el adulto mayor, pero se debe tener en cuenta el diagnóstico diferencial (Punto de buena práctica) (24). Tenga en cuenta que algunos medicamentos pueden inducir síntomas que imitan a los de la depresión (21).
Adulto mayor-Tratamiento	159. En atención primaria el equipo multidisciplinario debe ser conformado por profesionales de medicina, enfermería, psicología y trabajo social (Punto de buena práctica) (24).
Adulto mayor-Seguimiento	189. Realice el seguimiento con la misma frecuencia del seguimiento de la población general: a la semana de haber iniciado el tratamiento, continúe el seguimiento al primer mes, luego en el mes 3 y 6 o con mayor frecuencia si se requiere (consenso de expertos).

Sección	Estándar
Personas con condiciones crónicas de salud física - Diagnóstico	199. La evaluación integral para el diagnóstico de la depresión se debe realizar en conjunto con los síntomas y el grado de deterioro funcional o discapacidad de la persona (29).
Personas con condiciones crónicas de salud física - Tratamiento	219. Para prescribir un antidepresivo en personas con una enfermedad física crónica tenga en cuenta (29): <ul style="list-style-type: none"> • La presencia de otros trastornos físicos • Interacciones con otros medicamentos • Los efectos secundarios que los antidepresivos pueden causar en su enfermedad física crónica • La inexistencia de pruebas que respalden el uso de antidepresivos en personas con una enfermedad crónica
Personas con condiciones crónicas de salud física - Seguimiento	253. Realice un monitoreo activo para personas que no requieren una intervención formal según juicio médico, cuyos síntomas depresivos se clasifiquen por debajo del umbral, depresión leve (29): <ul style="list-style-type: none"> • Discutir los problemas y preocupaciones que tiene la persona. • Proporcionar información sobre la naturaleza y el curso de la depresión. • A las 2 semanas de la valoración, programar una sesión de valoración adicional. • Si la persona no asiste a las citas de seguimiento, establezca contacto.

Consideraciones adicionales

Consideraciones en relación a la evidencia

Con relación a la información de efectividad específica para cada uno de los medicamentos dentro de una misma clase, la guía de NICE (15) refiere que:

-Dado el gran número de intervenciones incluidas en la revisión, no fue factible comparar todos los pares de intervenciones que implicaría en el metaanálisis en red, y en el metaanálisis por pares, y requeriría de condiciones complejas y particulares para la interpretación del metaanálisis en red (15).

-De manera informativa, los revisores reportaron los resultados de las intervenciones para el desenlace de cambios en las puntuaciones en los síntomas de depresión individuales, es decir, resultados de cada medicamento comparado con placebo (para el caso de ISRS: citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina y setralina; ATC: amitriptilina, clomipramina, Imipramina, lofepramina, nortriptilina; IRSN: duloxetina, venlafaxina; mirtazapina y trazodona). En el caso de la depresión severa, todas las comparaciones demostraron ser efectivas para su tratamiento (15).

- La recomendación de optar primero por un ISRS en la mayoría de las personas que se considera el tratamiento con antidepresivos, se realizó con base a los perfiles de seguridad y tolerabilidad. En el caso de depresión severa, los IRSN y los ATC pueden ser opción con base en la historia clínica. Se destaca que los ATC son peligrosos en sobredosis (15).

Consideraciones sobre confidencialidad

La confidencialidad en la práctica médica se refiere al derecho que tiene el paciente a mantener bajo reserva su información personal y a decidir libremente a que personas y en qué momento revelará dicha información (33). Se deben tomar precauciones para proteger la información confidencial y reconocer también que existen límites de la confidencialidad que pueden ser regulados por ley o relaciones profesionales (34).

Los principios éticos de los psicólogos y código de conducta de la *American Psychological Association* (APA) (34) indican que las limitaciones relevantes en la confidencialidad y el uso que se prevee dar de la información obtenida deben ser aspectos discutidos con las personas con la condición de salud (o sus representantes legales) y las organizaciones con quienes se establece una relación profesional. Cuando sea factible y no esté contraindicado, se deben discutir los aspectos mencionados al inicio de la relación y en adelante según las circunstancias (34).

La información confidencial puede ser revelada en algunos casos, sin el consentimiento de la persona con la condición de salud en ciertas situaciones, por ejemplo con el fin de proveer servicios profesionales necesarios, obtener consultas

profesionales adecuadas, proteger a la persona que se atiende, al psicólogo o a otras personas de daños, o ya sea situaciones indicadas por ley (34).

Para conocer las especificaciones regulatorias que aplican a cada uno de los países Keralty, se debe revisar la normativa vigente y documentos complementarios.

Otras consideraciones

Es recomendable capacitar a los médicos de consulta externa y urgencias en la evaluación y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (33).

Considerar la implementación de estrategias en telesalud, salud digital u otras herramientas tecnológicas que permitan garantizar acceso y cobertura.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión [Internet]. 2023 [cited 2023 Jun 27]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
2. OPS/OMS. Depresión [Internet]. [cited 2023 Jun 27]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/depression>
3. World Health Organization (WHO). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad (Versión: 01/2023) [Internet]. 2023. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es>
4. National Institute of Mental Health (NIMH). Depresión [Internet]. [cited 2023 Jun 27]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
5. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;219:86–92. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717307231>
6. Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Sci Rep* [Internet]. 2018;8(1):2861. Available from: <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
7. Minsalud. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I [Internet]. Bogotá D. C.; 2015. 348 p. Available from: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
8. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* [Internet]. 2020 Mar 14;395(10227):912–20. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
9. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. *Vol. 42, Epidemiology and health. Korea (South); 2020. p. e2020038.*
10. Serafini G, Parmigiani B, Amerio A, Aguglia A, Sher L, Amore M. The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM An Int J Med* [Internet]. 2020 Aug 1;113(8):531–7. Available from: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa201>
11. Bennett K, Bentall RP, Butter S, Gibson-Miller J, Hartman TK, Hyland P, et al. Refuting the myth of a 'tsunami' of mental ill-health in populations affected by COVID-19: evidence that response to the pandemic is heterogeneous, not homogeneous. *Psychol Med* [Internet]. 2021/04/20. 2023;53(2):429–37. Available from: <https://www.cambridge.org/core/product/7A3AD1C48EAD5BF00B84D0EF97A>

ECA18

12. Sanabria-Mazo JP, Useche-Aldana B, Ochoa PP, Rojas-Gualdrón DF, Mateo-Canedo C, Carmona-Cervelló M, et al. Social Inequities in the Impact of COVID-19 Lockdown Measures on the Mental Health of a Large Sample of the Colombian Population (PSY-COVID Study). Vol. 10, Journal of Clinical Medicine. 2021.
13. Herrera E, Yomayusa N, Rueda J, McDouall J, Gómez O, Castillo A, et al. Modelo Kalma. Salud Mental para Todos. Documento técnico del Modelo Keralty de Salud Mental. 2018.
14. Barrero L, Mendivelso F, Barrera A, Castelblanco D, Potes D. Manual para la adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia en Keralty. Diciembre. Colombia: Comisión Global de Evaluación de Evidencia en Salud Keralty; 2020.
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: treatment and management [Internet]. 2022. 113 p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
16. Hight N, Expert Working Group, Expert Subcommittees. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. [Internet]. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence; 2023. 162 p. Available from: <https://www.cope.org.au/health-professionals/health-professionals-3/review-of-new-perinatal-mental-health-guidelines/>
17. World Health Organization (WHO). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Evidence profile: depressive symptoms [Internet]. Geneva; 2017. 23 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550109>
18. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, IETS, cinets. Guía de práctica clínica. Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente. 2013 - Guía No. 22. Bogotá D.C.; 2013. 630 p.
19. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias, IETS, cinets. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. [Internet]. 2013. 623 p. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013(1).pdf)
20. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of depression across three age cohorts. [Internet]. 2019. 86 p. Available from: <https://www.apa.org/depression-guideline>
21. American Psychiatric Association. Practice Guideline For The Treatment of Patients With Major Depressive Disorder [Internet]. Third Edition, editor. 2010. 152 p. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guideli

nes/mdd.pdf

22. CENETEC. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. [Internet]. México; 2021. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
23. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. [Internet]. México; 2015. Available from: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
24. CENETEC. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Secretaría de Salud, editor. México; 2011.
25. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención: Guía en Versión Extensa. Lima: EsSalud; 2019. 38 p.
26. World Health Organization (WHO), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. [Internet]. Versión 2. Washington, D.C.; 2017. 173 p. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
27. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders. [Internet]. Geneva; 2023. 184 p. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374250/9789240084278-eng.pdf?sequence=1>
28. Vázquez G, Vilapriño JJ, Tondo L. Consideraciones diagnósticas en depresión bipolar. Rev Latinoam Psiquiatr [Internet]. 2022;21(2):45. Available from: https://www.webapal.org/docs/revista/Revista-Apal2_22digital.pdf
29. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management [Internet]. 2009. 49 p. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91/chapter/Recommendations>
30. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. Lancet Infect Dis. 2022 Jun;
31. Christian R, Saavedra L, Gaynes B, Sheitman B, Wines R, Jonas D, et al. Appendix A, Tables of FDA-Approved Indications for First- and Second-Generation Antipsychotics. In: Future Research Needs for First- and Second-Generation Antipsychotics for Children and Young Adults [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK84656/>
32. Food and Drug Administration (FDA). Drugs@FDA: FDA-Approved Drugs [Internet]. 2024. Available from:

<https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm>

33. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la ideación y/o conducta suicida (Adopción) [Internet]. Bogotá D.C.; 2017. 46 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-profesionales-conducta-suicida.pdf>
34. American Psychological Association. Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct [Internet]. 2017. Available from: <https://www.apa.org/ethics/code>

Anexos

Anexo 1. Búsqueda de GPC

Fuente y acceso	Fecha de búsqueda	GPC identificadas	GPC seleccionadas	Términos o estrategia de búsqueda	Límites	Razones de exclusión
Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia	24/05/2022	1	2	Depresión	Ninguno	
Guideline International Network https://guidelines.ebmportal.com/	22/06/2022	13	3	Depression	2017-2021	Idioma: 3 No es la condición de salud: 3 Tipo de población: 4
CMA Infobase: Clinical Practice Guidelines https://joulecm.ca/cpg/homepage	22/06/2022	23	5	Depression	Ninguno	Ámbito (tercera línea o pte resistente): 2 Idioma: 5 No corresponde a condición de salud: 7 Tipo de población: 4
Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud Español http://portal.guiasalud.es/web/guest/guias-clinica	22/06/2022	1	0	Depresión		Duplicada: 1

Fuente y acceso	Fecha de búsqueda	GPC identificadas	GPC seleccionadas	Términos o estrategia de búsqueda	Límites	Razones de exclusión
Ministerio de Salud de Chile https://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/	22/06/2022	3	1	Depresión	Ninguno	Año: 1 Comorbilidad: 1
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México http://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?cat=52	24/05/2022	1	2	Depresión	Ninguno	
National Institute for Clinical Excellence https://www.nice.org.uk/	22/06/2022	4	1	Depression	Ninguno	Año:1 Comorbilidad:1 Tipo de población: 1
Scottish Intercollegiate Network https://www.sign.ac.uk/	24/06/2022	0	0	Depression	2017-2021	
WHO guidelines https://www.who.int/publications/guidelines/year/en/	24/05/2022	1	1	Depression		
US Preventive Services Task Force https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/	24/06/2022	78	0	Depression	Published, adults	Año: 1 Alcance (prevención):1 No condición de salud: 76
EUROPEAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION	24/06/2022	1	0	Depression	Ninguno	Año:1
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines	20/01/2023	1	1	Depression	Ninguno	
Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación https://gpc-peru.com/	3/04/2023	1	1	Depression	Ninguno	
Referencia de clínicos	24/05/2022	1	1			

Fuente y acceso	Fecha de búsqueda	GPC identificadas	GPC seleccionadas	Términos o estrategia de búsqueda	Límites	Razones de exclusión
Bola de nieve	22/06/2022	4	4			
Medline (Pubmed) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	25/05/2022	6	4	((("depressive disorder"[MeSH Terms] OR "Depression"[MeSH Terms] OR "Depression"[Title/Abstract]) AND ("Adult"[MeSH Terms] OR "Adult*"[Title/Abstract]) AND ("Guideline"[Publication Type] OR "practice guideline"[Title/Abstract])) AND (y_5[Filter]) 42	Filtro 5 años	Duplicado:1 Tipo de estudio:1
Embase https://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research	25/05/2022			depression:ti,ab AND adult*:ti,ab AND 'guideline':ti,ab AND [2017-2022]/py -->137	2017-2022	
Total		139	26			

Anexo 2. Evaluación AGREE II

No.	GPC	DOMINIO					
		1	2	3	4	5	6
1	Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente	94	94	78	89	83	92
2	Depression in adults: recognition and management Clinical guideline [NG222]	100	97	94	94	85	92
5	Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline	97	89	91	92	81	96
6	Canadian Guidelines on Prevention, Assessment and Treatment of Depression Among Older Adults	69	67	47	69	23	71
8	Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención	100	61	72	89	60	83
9	Evidence profile: depressive symptoms - Integrated care for older people	86	69	78	81	79	75
22	Depresión en personas mayores de 15 años: Actualización en Psicoterapia	100	81	80	94	44	71
23	Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio.	100	100	93	94	92	92
25	Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.	100	72	73	89	46	83
26	Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Secretaría de Salud,	94	86	74	86	44	83
27	Guía de Práctica Clínica para el tamizaje y el manejo del episodio depresivo leve en el primer nivel de atención	97	83	83	89	56	88
28	Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders.	97	92	97	92	75	96

Anexo 3. Sistemas de gradación de la evidencia

Sistemas de gradación de evidencia

GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation

Este sistema se usa en la GPC colombiana (población general), peruana (población general), australiana (periodo perinatal), mexicana (periodo perinatal) y la de la OMS.

“Cada recomendación lleva asociado un grado específico de recomendación (fuerte, débil) y una direccionalidad de la recomendación (en favor de hacer una intervención o en contra de hacerla), y la evidencia en la que se apoya se califica como elevada, moderada, baja o muy baja, de acuerdo con el sistema de graduación propuesto por GRADE. La fuerza de la recomendación se basa no solo en el nivel de evidencia para cada uno de los desenlaces seleccionados y considerados como críticos o importantes, sino, también, en el juicio de los expertos acerca del balance entre riesgos y beneficios, la coherencia con los valores y preferencias de los pacientes y la disponibilidad local, y el uso de recursos y costos”(18).

“La fuerza de cada recomendación para el sistema GRADE depende de cuatro factores: magnitud de la diferencia entre las consecuencias deseables e indeseables, la calidad de la evidencia disponible, la certeza sobre los valores y preferencias de los pacientes y el uso de recursos asociados con las diferentes estrategias consideradas” (18).

Nivel de evidencia	Definición
Alta	Se tiene gran confianza en que el verdadero efecto se encuentra cerca al estimativo del efecto.
Moderada	Se tiene una confianza moderada en el estimativo del efecto: es probable que el verdadero efecto esté cercano al estimativo del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.
Baja	La confianza que se tiene en el estimativo del efecto es limitada: el verdadero efecto puede ser sustancialmente diferente del estimativo del efecto
Muy baja	Se tiene muy poca confianza en el estimativo del efecto: es probable que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimativo del efecto.

Fuente: GPC Colombia 2013, traducido del manual de GRADE Profiler

Grupo de usuarios	Recomendación fuerte	Recomendación débil
Pacientes	La gran mayoría de las personas en su situación querrán el curso de acción recomendado y solo una pequeña proporción no querrá utilizarla.	Una parte importante de las personas en su situación querrán utilizar el curso de acción recomendado, pero muchas no querrán utilizarla.

Grupo de usuarios	Recomendación fuerte	Recomendación débil
Clínicos	La mayoría de los pacientes deberían recibir el curso de acción recomendado.	Reconozca que diferentes opciones pueden ser apropiadas para diferentes pacientes y debe hacer un esfuerzo adicional para ayudar al paciente a tomar decisiones de manejo consistentes con sus propios valores y preferencias; las ayudas para la toma de decisiones y la toma de decisiones compartidas pueden ser particularmente útiles.
Trazadores de políticas	La recomendación puede ser adoptada como política en la mayoría de las situaciones	La formulación de políticas requiere debate y participación de varios grupos de interés.

Fuente: GPC Colombia 2013, traducido del manual de GRADE Profiler

Punto de buena práctica clínica (PBP o BPC)	Afirmaciones sobre manejos específicos que son ampliamente aceptadas por la comunidad científica y que no requieren de búsqueda de evidencia empírica y soporte de la recomendación.
--	--

Fuente: GPC Colombia 2013, GPC Perú 2019

Para la GPC mexicana en periodo perinatal (22) se tuvieron en cuenta los siguientes criterios GRADE:

Grado	Prerrequisitos	Implicaciones
Fuerte	Calidad de la evidencia alta	La mayoría de los especialistas bien formados elegirá esta opción
Débil	Balance favorable daño/beneficio	La recomendación debe ser seguida
Basado en el consenso (punto de buena práctica)	Calidad de la evidencia moderada o alta	Muchos de los especialistas bien informados elegirán esta opción, pero una sustancial minoría no

Fuente: GPC CENETEC Perinatal

En las GPC mexicanas (22,23) también se reportaron los siguientes sistemas:

Escala SIGN

Niveles de evidencia	
1++	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos con asignación aleatoria o ensayos clínicos de alta calidad con muy bajo riesgo de sesgos
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo.
2++	Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.

Grados de Recomendación	Interpretación
A	Al menos un meta-análisis, o un EC con asignación aleatoria categorizados como 1++, que sea directamente aplicable a la población blanco; o una RS o un EC con asignación aleatoria o un volumen de evidencia con estudios categorizados como 1+, que sea directamente aplicable a la población diana y demuestre consistencia de los resultados
B	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2++, que sean directamente aplicables a la población blanco y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o evidencia que pueda extrapolarse de estudios calificados como 1++ o 1+
C	Un volumen de evidencia que incluya estudios calificados de 2+, que sean directamente aplicables a la población objeto y que demuestren globalmente consistencia de los resultados, o extrapolación de estudios calificados como 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4, o extrapolación de estudios calificados como 2+, o consenso forma

La GPC mexicana de 2015 (23) usó también:

Niveles de Evidencia, para estudios de Diagnóstico Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) 2009*

Grados de Recomendación	Nivel de Evidencia	Diagnóstico
A	1a	Revisiones Sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 1 (alta calidad), con homogeneidad**, o sea que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección y en diferentes centros clínicos
	1b	Estudios de cohortes que validen la calidad de una prueba específica, con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de estimación del pronóstico o de categorización del diagnóstico o probado en un centro clínico
	1c	Pruebas diagnósticas con especificidad tan alta que un resultado positivo confirma el diagnóstico y con sensibilidad tan alta que un resultado negativo descarta el diagnóstico
B	2a	Revisiones sistemáticas de estudios diagnósticos de nivel 2 (mediana calidad) con homogeneidad
	2b	Estudios exploratorios que, a través de una regresión logística, determinan factores significativos, y validados con estándar de referencia adecuado (independientes de la prueba) o a partir de algoritmos de categorización del diagnóstico
	3a	Revisiones sistemáticas con homogeneidad de estudios 3b y de mejor calidad
	3b	Comparación enmascarada y objetiva de un espectro de una cohorte de pacientes que podría normalmente ser examinado para un determinado trastorno, pero el estándar de referencia no se aplica a todos los pacientes del estudio. Estudios no consecutivos o sin la aplicación de un estándar de referencia
C	4	Estudio de casos y controles, con escasos o sin estándares de referencia independiente, los estándares de referencia no son objetivos, cegados o independientes, o las pruebas positivas y

Grados de Recomendación	Nivel de Evidencia	Diagnóstico
		negativas son verificadas usando estándares de referencia diferentes.
D	5	Opinión de expertas/os sin evaluación crítica explícita, ni basada en fisiología, ni en trabajo de investigación juicioso ni en "principios fundamentales"

**Estudios con homogeneidad : se refiere a que incluya estudios con resultados comparables y en la misma dirección

Fuente: GPC México 2015 *Adaptado de Oxford Centre for Evidence-based Medicine (OCEBM) Centre for Evidence Based Medicine-Levels of Evidence (March 1009). Available from: <http://www.cebm.net/index.aspx?oO1025>. Visitado 28 agosto 2014

En la GPC de Colombia para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio para las preguntas de diagnóstico (19) se usó la adaptación del NICE de los niveles de Evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination:

Niveles de Evidencia del Oxford Centre for Evidence Based Medicine y del Centre for Reviews and Dissemination	
Ia	Revisión sistemática con homogeneidad de estudios de nivel 1.
Ib	Estudios de nivel 1.
II	Estudios de nivel 2. Revisión sistemática de estudios de nivel 2.
III	Estudios de nivel 3. Revisión sistemática de estudios de nivel 3.
IV	Consenso, opiniones de expertos sin valoración crítica explícita.
Estudios de nivel 1	Cumplen: <ul style="list-style-type: none"> • Comparación enmascarada con una prueba de referencia (patrón de oro) válida. • Espectro adecuado de pacientes.
Estudios de nivel 2	Presentan sólo uno de estos sesgos: <ul style="list-style-type: none"> • Población no representativa (la muestra no refleja la población donde se aplicará la prueba). • Comparación con el patrón de referencia (patrón de oro) inadecuado (la prueba que se evaluará forma parte del patrón de oro o el resultado de la prueba influye en la realización del patrón de oro). • Comparación no enmascarada. • Estudios casos-control.
Estudios de nivel 3	Presentan dos o más de los criterios descritos en los estudios de nivel 2.
Grados de Recomendación	
A	Ia o Ib
B	II
C	III
D	IV

Fuente: GPC Colombia Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio. Guía No. 11-15

En la guía de APA 2019, el panel usó los siguientes criterios como guía para la toma de decisiones:

1. El panel *recomendó* tratamientos que fueron consistentemente superiores a las condiciones de control no activo o para los cuales hubo evidencia de equivalencia o superioridad a otros tratamientos.
2. El panel *recomendó condicionalmente* tratamientos que fueron consistentemente superiores a las condiciones de control no activas, pero hubo:
 - a. Otros tratamientos activos que fueron superiores al tratamiento recomendado condicionalmente.
 - b. Pruebas insuficientes de que el tratamiento era equivalente a otros tratamientos efectivos.
 - c. Mayores daños/cargas que con otros tratamientos.
3. El panel no recomendó tratamientos o recomendó en contra, si no había suficiente evidencia de eficacia o si se consideraba que los daños superaban cualquier beneficio.

Anexo 4. Declaración de conflicto de interés e información del proceso de revisión y consenso

Para la revisión y retroalimentación del documento se invitaron expertos clínicos (psicólogos y psiquiatras) y a personal administrativo clave en la toma de decisiones de distintas empresas de Keralty.

La revisión y consenso de los estándares se realizó en varias etapas:

1. Primera revisión del documento: el documento redactado fue revisado de manera virtual y asincrónica. Los revisores propusieron ajustes al documento para la revisión del grupo desarrollador.
2. Ajuste al documento: se revisaron los comentarios recibidos, haciéndose los ajustes o dando las respuestas necesarias.
3. Segunda revisión, consenso asincrónico y propuesta de estándares clave: la versión ajustada del documento se comparte nuevamente de manera virtual y, mediante un formulario en Google forms, se indaga el grado de acuerdo usando una escala Likert de 1 a 9, por grupo de estándares:
 - Población adulta general- grupo 1
 - Adulto mayor - grupo 2
 - Mujer en periodo perinatal - grupo 3
 - Personas con condiciones crónicas de salud física - grupo 4

Se habilita en el formulario un espacio para ajustes o comentarios y para proponer un estándar clave por cada sección y dimensión.

4. Consenso sincrónico híbrido: se realizaron dos sesiones de consenso en modalidad híbrida (de manera virtual a través de Webex y presencial en la ciudad de Bogotá), donde se realizan algunas modificaciones de acuerdo con los aportes de los participantes, según la experticia clínica y se confirma el acuerdo en los estándares mediante un consenso informal. Adicionalmente, con base en los estándares clave propuestos en el paso anterior, a través de consenso informal, se eligen aquellos que se consideran como prioritarios para tener en cuenta en el proceso de implementación.
5. Finalmente, se realizan los ajustes propuestos al documento según lo discutido en las sesiones sincrónicas, para consolidar la versión final.

A continuación, se relaciona la valoración de las declaraciones de conflicto de interés de los participantes:

Reporte de análisis de intereses y decisiones sobre la conformación del grupo desarrollador.

Nombre	Rol	¿Existe interés (es)?	Tipo de interés (es) declarados [§]	Discusión o elementos considerados	Decisión sobre la participación [£]	Pasos o actividades en los que se estará limitado	¿Hubo acuerdo entre los potenciales miembros del grupo desarrollador? (Sí/No)
Adriana Patricia Rodríguez Cardenas ^{1,2}	Epidemióloga	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Andrea Bermúdez ^{1,2}	Directora de programas	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Andrea Caballero Duque ¹	Psiquiatra	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Daniel Andredy Castrillón Sanchez ¹	Médico auditor	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
David Alfonso Venegas Gómez ^{1,2}	Psicólogo	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
John Alexander Castro Muñoz ^{1,2}	Psicólogo	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Jorge Mc Douall Lombana ¹	Psiquiatra	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
José David Téllez Negret ^{1,2}	Psiquiatra	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
José Francisco Cepeda Torres ^{1,2}	Psiquiatra	Sí	Interés económico	Se considera que hay potencialmente conflictos de interés que pueden influir en las decisiones de la	B	Votación para el consenso final de las recomendaciones de la dimensión de tratamiento	Sí

Nombre	Rol	¿Existe interés (es)?	Tipo de interés (es) declarados [§]	Discusión o elementos considerados	Decisión sobre la participación [£]	Pasos o actividades en los que se estará limitado	¿Hubo acuerdo entre los potenciales miembros del grupo desarrollador? (Sí/No)
				dimensión de tratamiento			
Kelly Rocío Chacón Acevedo ^{1,2}	Epidemióloga	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Lina Sofía Morón ^{1,2}	Epidemióloga	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
María Esperanza Durán Florez ^{1,2}	Psicóloga	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
María Paula Gutiérrez Sepúlveda	Epidemióloga	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Mayra Salamanca ^{1,2}	Associated director program BH	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Mónica Esperanza Rojas Moreno ^{1,2}	Psiquiatra	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Nadia Becerril Flores	Psiquiatra	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Nancy Yomayusa González ^{1,2}	Presidencia Global de Salud e Innovación	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Nathalie Ospina Lizarazo ^{1,2}	Epidemióloga	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Olga Victoria Gómez Gómez ^{1,2}	Gerencia modelos y programsa	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Susan Liliana Segura Valdés	Psicóloga	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí
Yonatan Ferney Rojas Salgado ^{1,2}	Neuropsicólogo clínico	No	Ninguno		A	Ninguno	Sí

[§] Interés económico personal, Interés económico no personal, Interés no económico personal, Interés económico personal de un familiar.

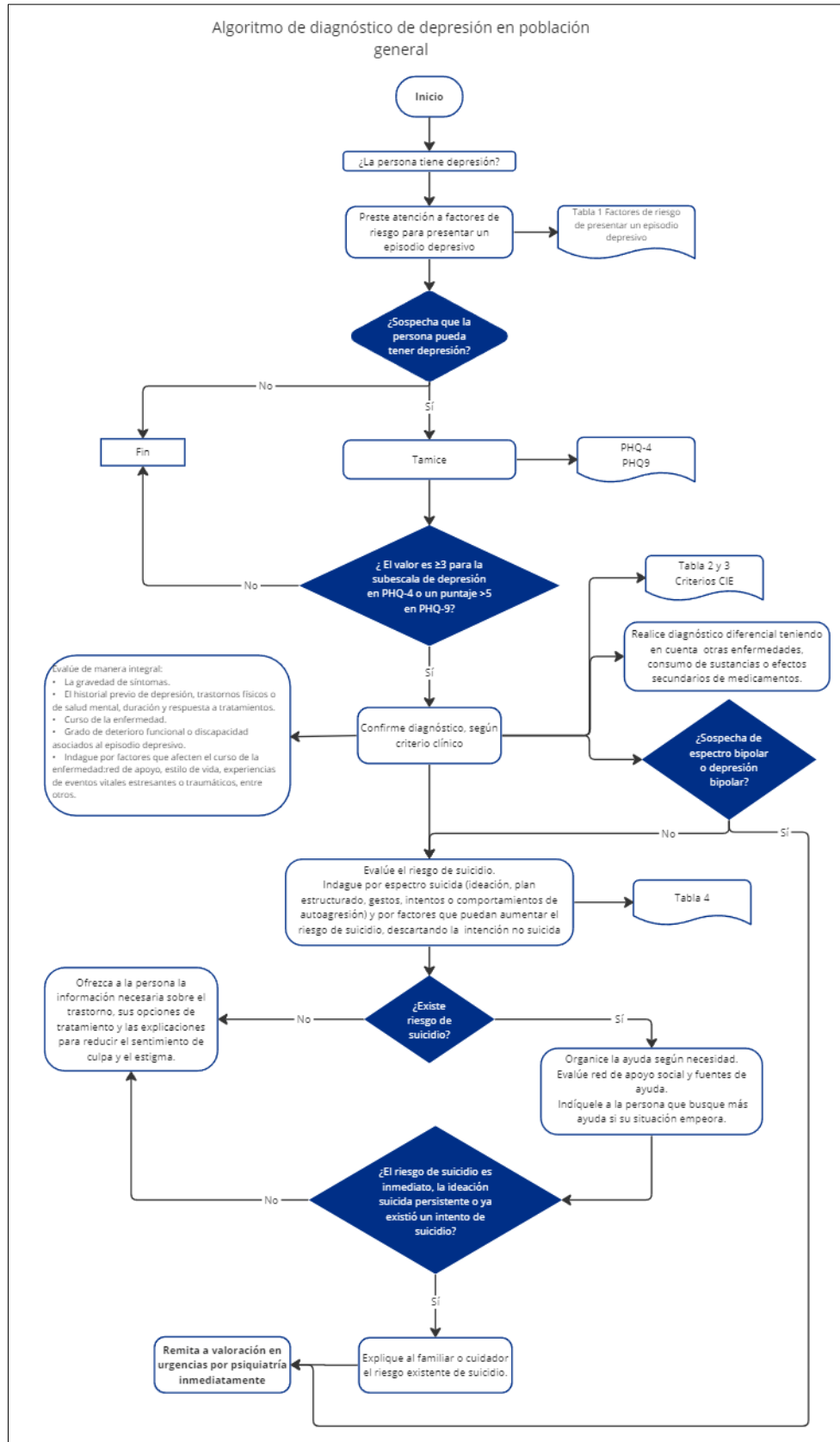
[£] Categorías de participación:

- A. Participación: No existe limitación para la participación durante todas las etapas del desarrollo del proyecto.
- B. Limitación parcial: Se limita su participación específicamente en los procesos relacionados con el interés declarado y considerado potencialmente conflictivo (ya sea específico o inespecífico).
- C. Exclusión: Se limita la participación en el desarrollo del proyecto dada la importancia de los intereses declarados y el tema de interés. Se considera que podría poner en riesgo la validez o confianza del documento y su posterior implementación.

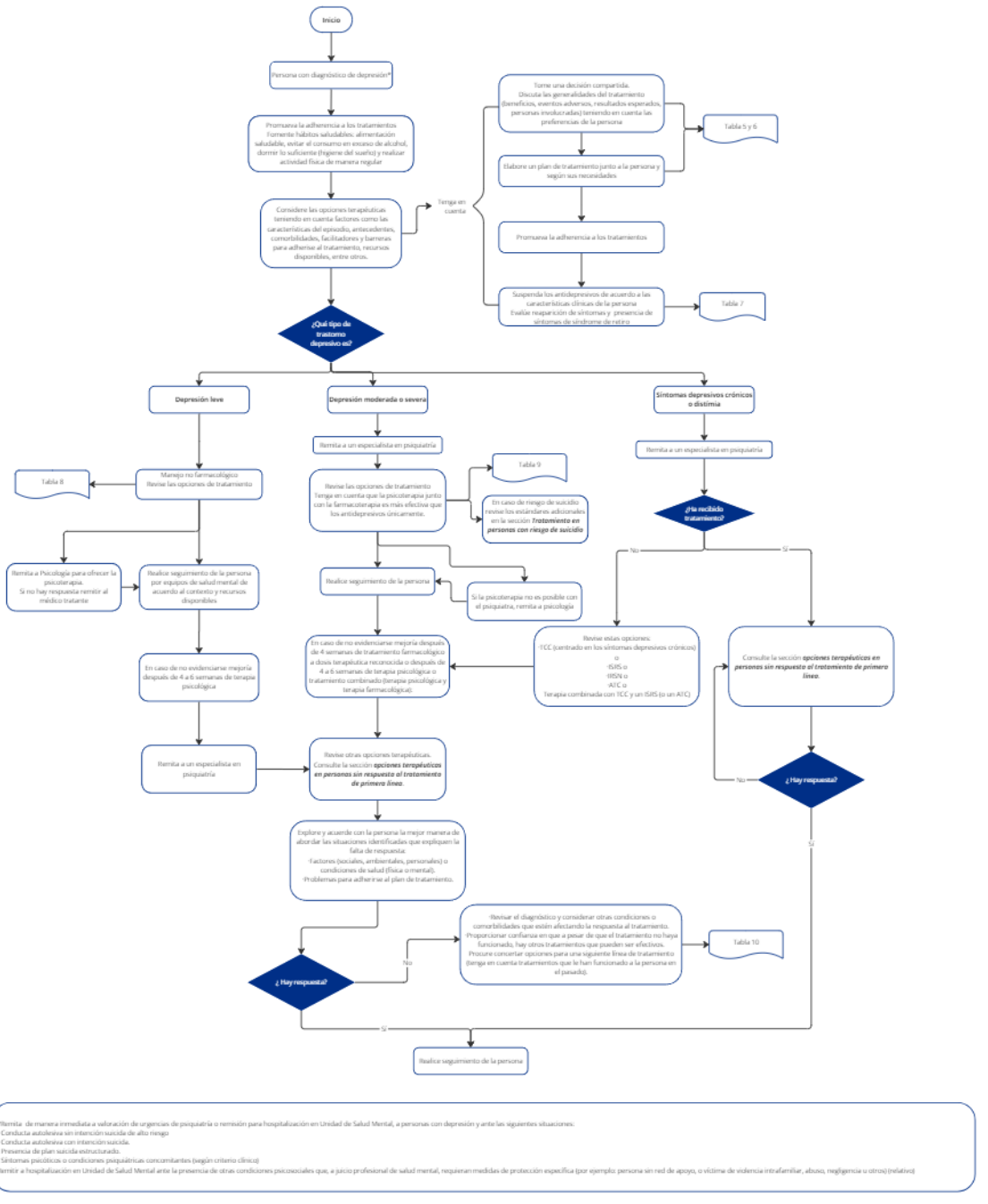
¹ Participación en la primera sesión sincrónica de consenso.

² Participación en la segunda sesión sincrónica de consenso.

Anexo 5. Algoritmos

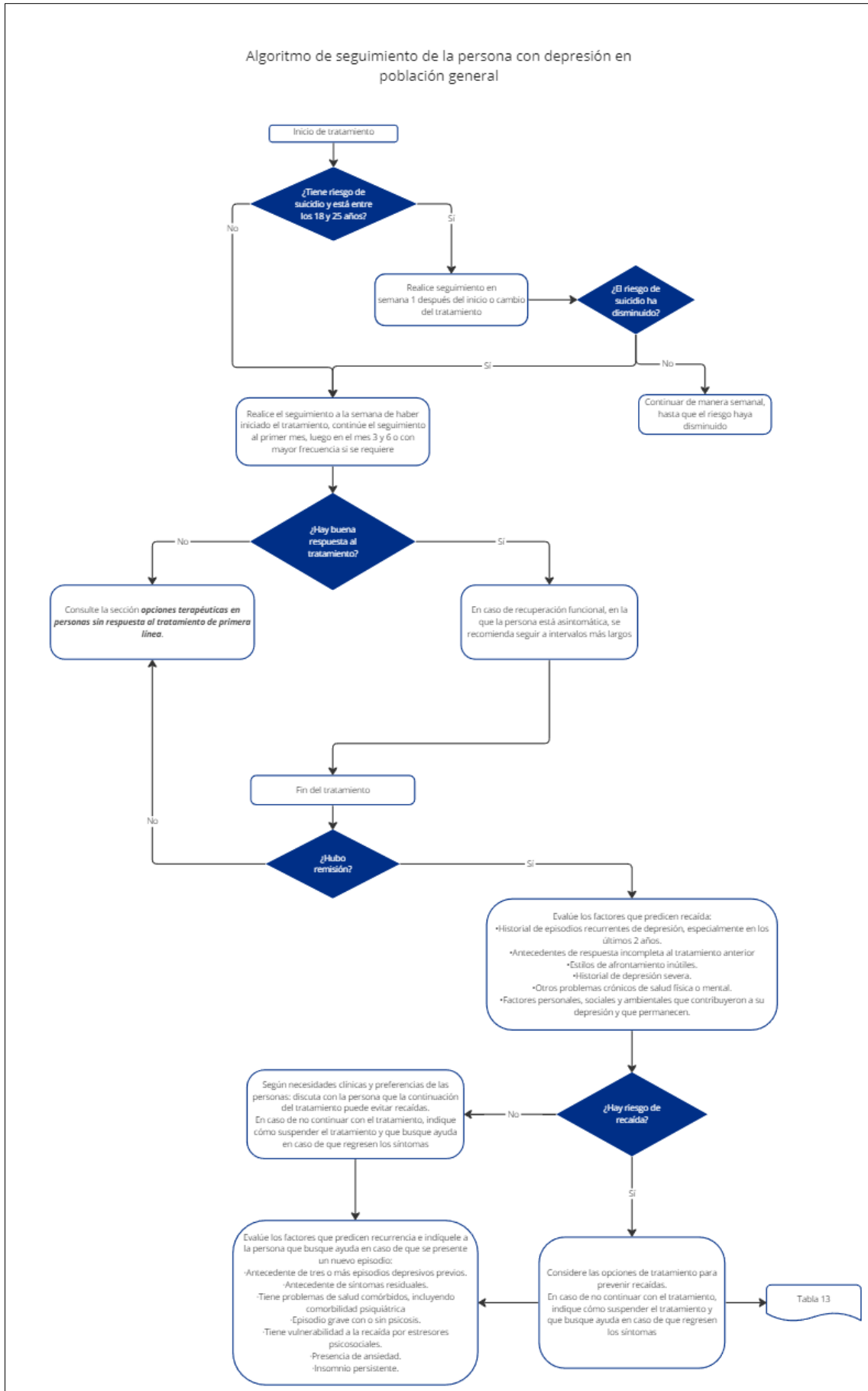


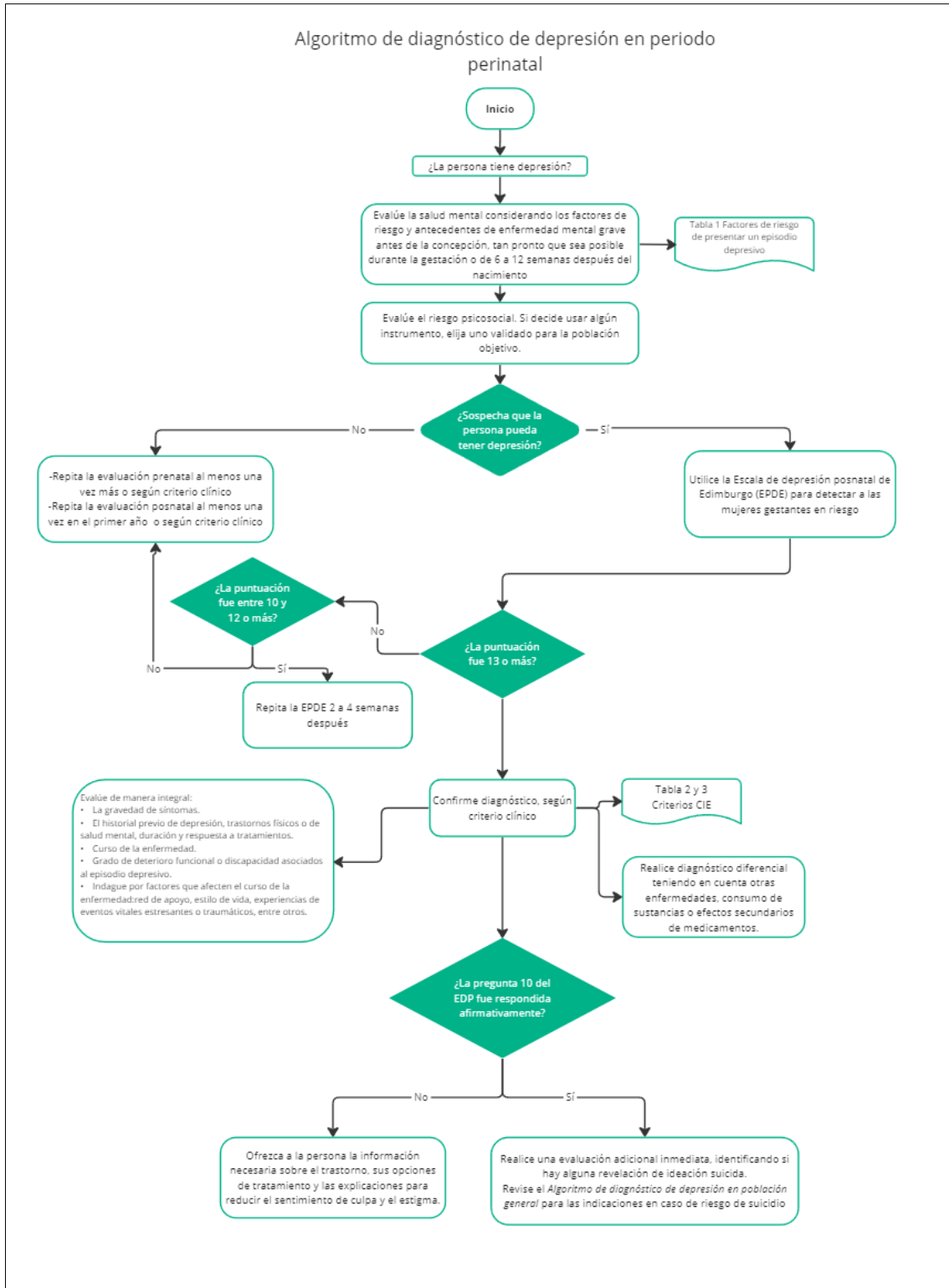
Algoritmo de tratamiento de depresión en población general

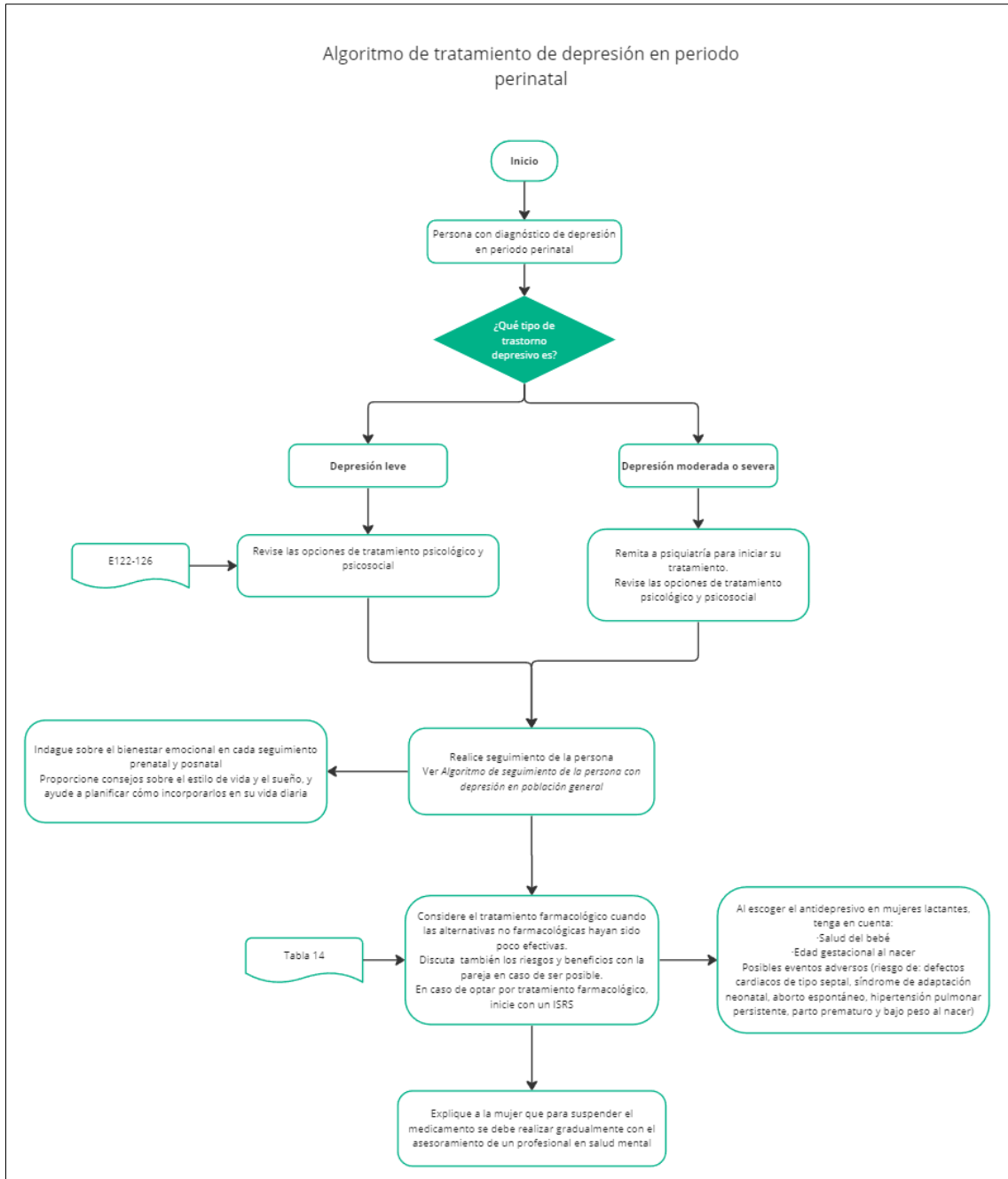


*Remite de manera inmediata a valoración de urgencias de psiquiatría o remisión para hospitalización en Unidad de Salud Mental, a personas con depresión y ante las siguientes situaciones:
 • Conducta autodestructiva sin intención suicida de alto riesgo
 • Conducta autodestructiva con intención suicida.
 • Presencia de plan suicida estructurado.
 • Síntomas psicóticos o condiciones psiquiátricas concurrentes (según criterio clínico)
 Remite a hospitalización en Unidad de Salud Mental ante la presencia de otras condiciones psicosociales que, a juicio profesional de salud mental, requieran medidas de protección específica (por ejemplo: persona sin red de apoyo, o víctima de violencia intrafamiliar, abuso, negligencia u otros) relativos

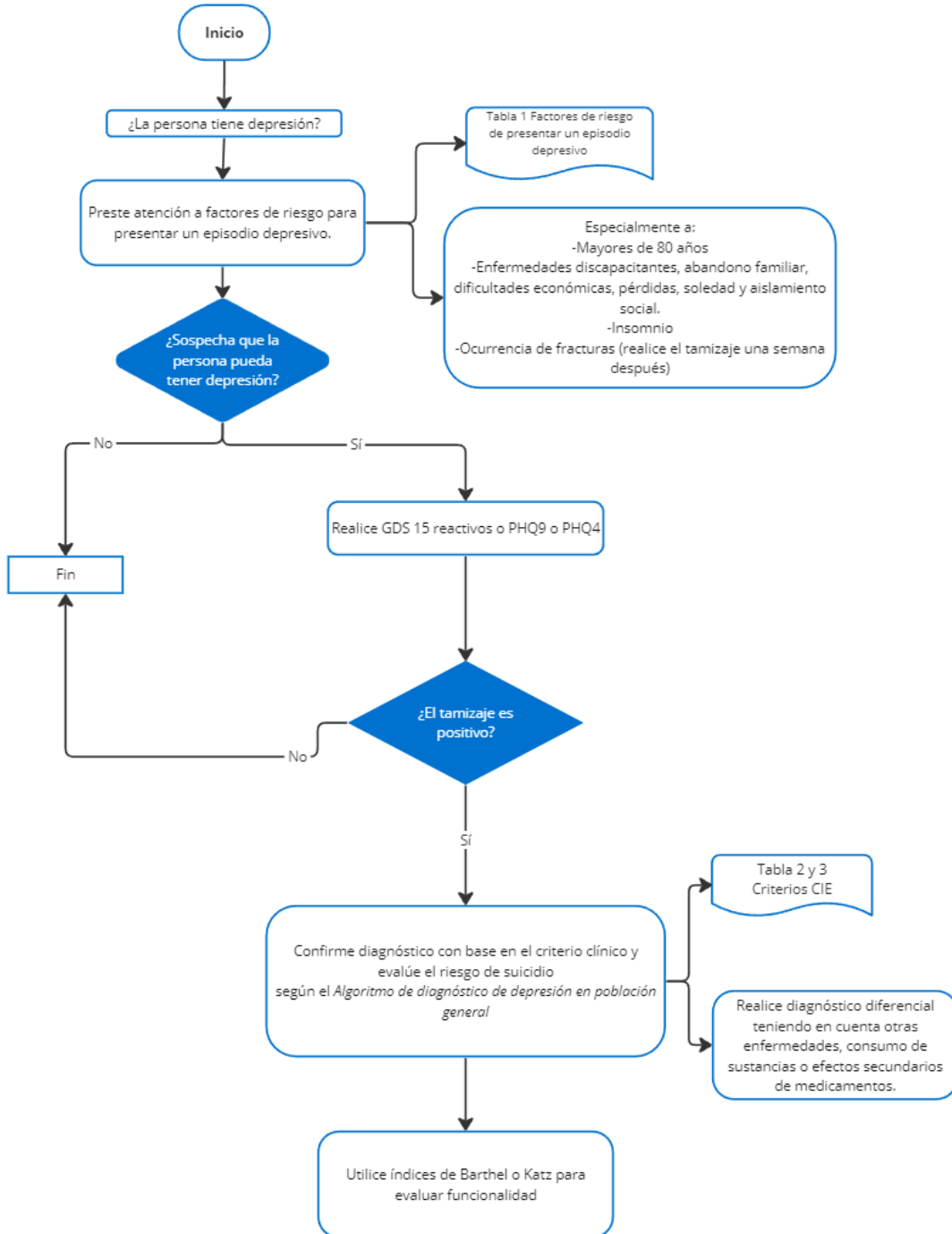
Algoritmo de seguimiento de la persona con depresión en población general



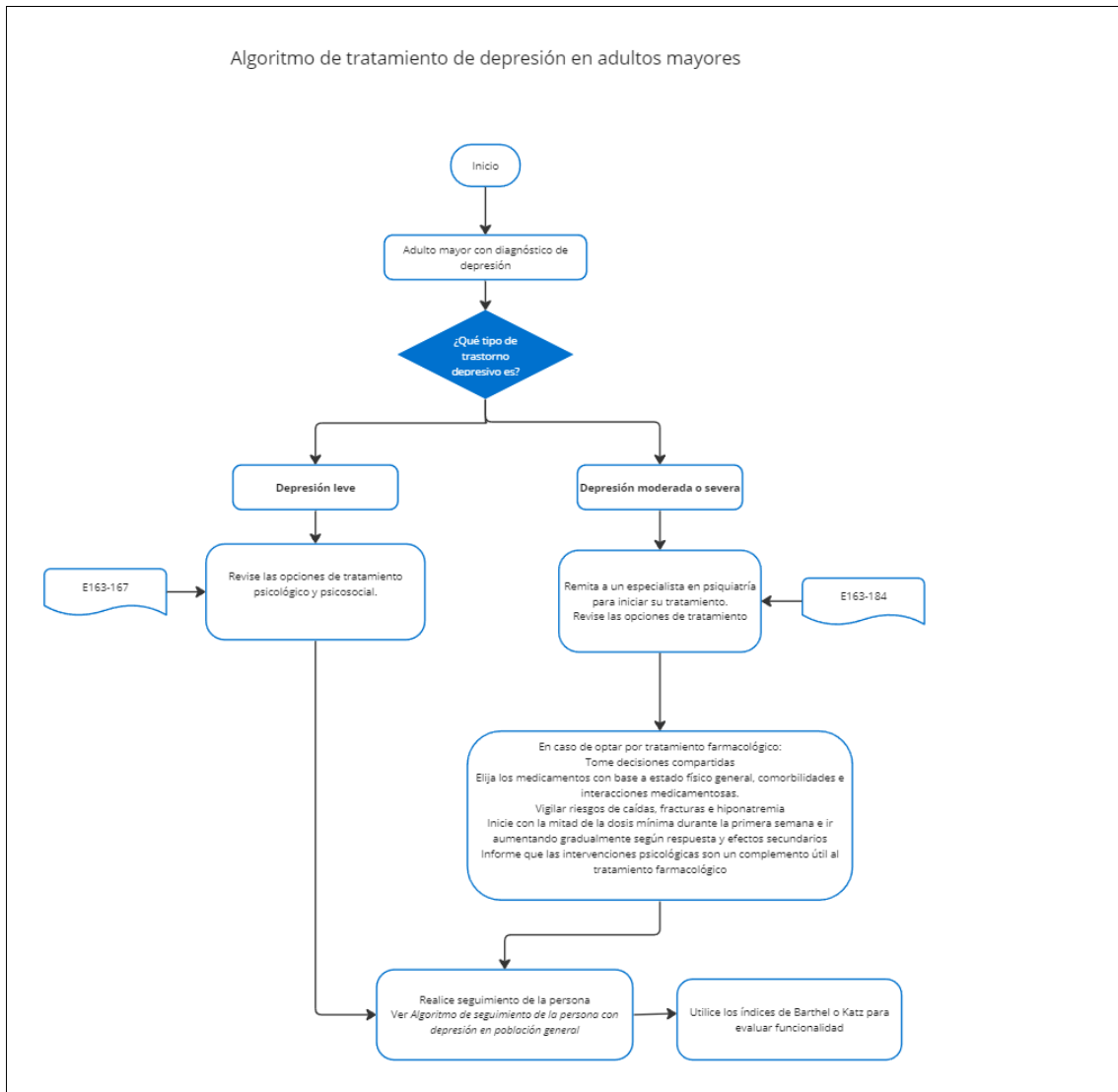




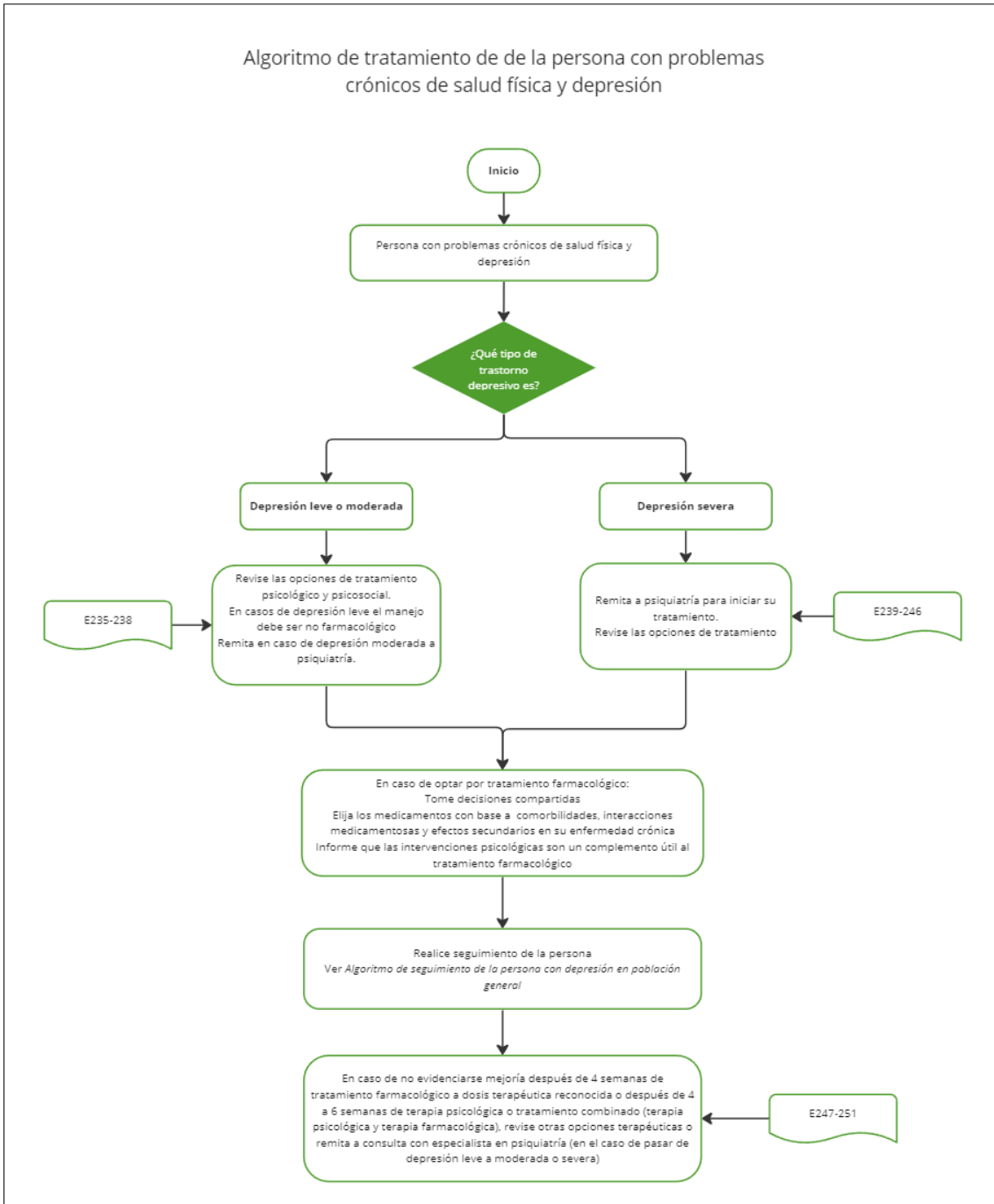
Algoritmo de diagnóstico de depresión en el adulto mayor



Algoritmo de tratamiento de depresión en adultos mayores



Algoritmo de tratamiento de de la persona con problemas crónicos de salud física y depresión



Anexo 6. Instrumento PHQ-4

PHQ-4

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

(Use "✓" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Sentirse nervioso(a), ansioso(a) o al límite	0	1	2	3
2. Ser incapaz de controlar o dejar de preocuparse.	0	1	2	3
3. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
4. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + + +
=Total Score:

La puntuación total ≥ 3 en las 2 primeras preguntas sugiere ansiedad.

La puntuación total ≥ 3 en las últimas 2 preguntas sugiere depresión.

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas a través de una beca educativa de Pfizer Inc. No se requiere autorización para reproducir, traducir, exhibir o distribuir este material.

Anexo 7. Instrumento PHQ-9

CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE-9 (PHQ-9)

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

(Use "✓" para indicar su respuesta)

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Problemas para dormir o mantenerse el sueño o dormir demasiado	0	1	2	3
4. Sentirse cansado/a o con poca energía	0	1	2	3
5. Sentir poco apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6. Sentirse mal acerca de sí mismo o tener un sentimiento	0	1	2	3

7. Dificultad para concentrarse en diferentes actividades tales de fracaso o de abandono propio o de la familia como leer el periódico o ver televisión.	0	1	2	3
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado o bien, por el contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se mueve mucho más de lo normal.	0	1	2	3
9. Pensamientos acerca de que sería mejor estar muerto/a o deseos de lastimarse de alguna forma	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si marcó cualquier problema, ¿qué grado de dificultad le generaron estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las tareas domésticas o relacionarse con otras personas?

No ha sido difícil

Algo difícil

Muy difícil

Extremadamente difícil

PHQ-9 Gravedad de la depresión. La puntuación total del PHQ-9 para los nueve ítems varía de 0 a 27. Las puntuaciones de 5, 10, 15 y 20 representan puntos de corte para depresión leve, moderada, moderadamente grave y grave, respectivamente.

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas a través de una beca educativa de Pfizer Inc. No se requiere autorización para reproducir, traducir, exhibir o distribuir este material.

Anexo 8. Instrumento Escala de depresión posnatal de Edimburgo - EPDE

Escala de Edinburgh para depresión postparto

Por favor marque la respuesta que más se acerque a cómo se ha sentido en los últimos 7 días, no solamente cómo se sienta hoy.

En los últimos 7 días:

1	He podido reír y apreciar lo divertido de las cosas	Tanto como siempre No tanto ahora Mucho menos No, no he podido	___0 ___1 ___2 ___3
2	He disfrutado las cosas que hago	Tanto como siempre Algo menos de lo que solía hacer Definitivamente menos No, nada	___0 ___1 ___2 ___3
3	Me he echado la culpa innecesariamente cuando las cosas no han salido bien	Sí, la mayoría de las veces Sí, algunas veces No muy a menudo No, nunca	___3 ___2 ___1 ___0
4	Me he sentido preocupada o ansiosa sin una buena razón	No, para nada Casi nada Sí, a veces Sí, a menudo	___0 ___1 ___2 ___3
5	Me he sentido asustada o en pánico sin una buena razón	Sí, bastante Sí, a veces No, no mucho No, nada	___3 ___2 ___1 ___0
6	He sentido que las cosas se me están viniendo encima	Sí, la mayor parte de las veces Sí, a veces No, casi nunca No, nada	___3 ___2 ___1 ___0
7	He estado tan infeliz que tengo problemas para dormir	Sí, la mayoría de las veces Sí, a veces No muy a menudo No, nada	___3 ___2 ___1 ___0
8	Me he sentido triste o miserable	Sí, la mayor parte de las veces Sí, bastante a menudo No muy a menudo No, nada	___3 ___2 ___1 ___0
9	He estado tan infeliz que me he puesto a llorar	Sí, la mayor parte de las veces Sí, bastante a menudo Sólo en ocasiones No, nunca	___3 ___2 ___1 ___0
10	Se me ha ocurrido la posibilidad de hacerme daño a mí misma	Sí, bastante a menudo A veces Casi nunca No, nunca	___3 ___2 ___1 ___0

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total.

Puntuación Total

= _____

Fuente: Adaptado de Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 150, 782–786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>

Anexo 9. Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale- GDS)

Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

Introducción.

La escala de depresión geriátrica fue creada por Jerome A. Yesavage y colaboradores, ha sido probada y utilizada extensamente en personas mayores. Durante su aplicación que toma alrededor de 5-7 minutos, se le pide a la persona a evaluar que responda con sí o no a las preguntas con respecto a cómo se ha sentido durante la última semana. Existen varias versiones desde 30 ítems; se revisará la versión de 15 ítems que se desarrolló en 1986; 10 ítems indican la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala de depresión geriátrica, se ha probado en personas mayores por lo demás sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado; en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados prolongados.

Material requerido.

Cuestionario de la versión de 15 ítems de Escala de Depresión Geriátrica y una pluma.

Instrucciones:

Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

*“Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su **estado de ánimo**, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la **última semana**, por favor responda con **Si o No**”.*

Hágale a la persona las preguntas de la Escala de Depresión Geriátrica en el orden indicado a continuación:

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)



Registre la fecha, el nombre completo, la edad y el sexo de la persona evaluada.

Calificación

Se otorga 1 punto por cada respuesta que indica presencia de síntomas depresivos (**Si** o **No** en negritas)
Mientras mayor el puntaje, mayor la presencia de síntomas depresivos.

Calificación total: sumar los puntos por cada respuesta Si o No en negritas

La calificación máxima alcanzable es de 15 puntos.

Interpretación

0-4 puntos	Se considera normal, sin síntomas depresivos.
5-8 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos leves.
9-10 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos moderados.
12-15 puntos	Indica la presencia de síntomas depresivos graves.

Referencias.

- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et ál. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983;17(1):37. PMID: 7183759.
- Baker FM, Espino DV. A Spanish version of the geriatric depression scale in Mexican-American elders. Int J Geriatr Psychiatry. 1997;12(1):21. PMID: 9050419.
- Marc LG, Raue PJ, Bruce ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. Am J Geriatr Psychiatry. 2008;16(11):914. PMID: 18978252.
- Martínez de la Iglesia J, Onís-Vilches MC, Dueñas-Herrero R, et ál. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medífam. 2002; 12(10):620. Disponible en SciELO