

Guía clínica para el manejo de la depresión

**Gerhard Heinze Martin
Pedro Camacho Segura**

Guía Clínica para el Manejo de la Depresión

Gerhard Heinze Martin, Pedro Camacho Segura

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
México, 2010

Guía Clínica para el Manejo de la Depresión

Gerhard Heinze Martin, Pedro V. Camacho Segura

Editores

Shoshana Berenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina-Mora

Validación Interna

Ingrid Vargas, Nayelhi Saavedra

Validación externa

Aldo Suárez, Moisés Rozanes, Martha Ontiveros, Guillermo Caballero, Asunción Lara
Rolando León, Oscar Ugalde, Rodrigo Marin.

Aspectos Éticos

Liliana Mondragón

Producción editorial

Patricia Fuentes de Iturbe

Esta Guía Clínica se diseñó con el apoyo de Recursos para la *Igualdad entre Mujeres y Hombres*, anexo 10 del PEF 2010.

Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales

Secretaría de Salud

D.R. 2010 Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

Calz. México-Xochimilco 101, Col. San Lorenzo Huipulco, Delegación Tlalpan, México DF, 14370

ISBN: 978-607-460-144-2

Edición 2010

Impreso en México

Agradecimientos

Para la elaboración de esta Guía se contó con apoyo financiero del proyecto de CONACYT N° 4280 "Estudio de costos y recuperación de la inversión de políticas de atención de enfermedades mentales, el caso de la depresión y la esquizofrenia"

Citación

Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para el Manejo de la Depresión. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los titulares de los Derechos de Autor.

Índice

Prólogo	5
Introducción	7
Objetivos de la Guía	7
Justificación	7
Metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia	8
¿Cómo leer la presente guía?	9
Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas	12
Recomendación 1. Detección	12
Recomendación 2. Diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor	14
Recomendación 3. Determinación de la severidad	17
Recomendación 4. Valoración de riesgo suicida	21
Recomendación 5. Elaboración del plan terapéutico	25
Recomendación 6. Seguimiento	31
Recomendación 7. Mantenimiento	33
Aspectos Éticos	35
Referencias	37

Prólogo

Los datos más recientes en torno a la salud en México muestran cómo las enfermedades mentales, por su curso crónico que se refuerza por el hecho de que sólo una pequeña parte recibe tratamiento, provocan mayor discapacidad que muchas otras enfermedades crónicas. Por ejemplo, entre las diez principales enfermedades considerando mortalidad prematura y días vividos sin salud, tres son enfermedades mentales, la depresión ocupa el primer lugar; se trata de una enfermedad frecuente con alto nivel de discapacidad, de acuerdo con las encuestas realizadas en el Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*¹, el 6.4% de población la padece. Los trastornos relacionados con el consumo de alcohol ocupan el noveno lugar (2.5%) y la esquizofrenia el décimo (2.1%) en cuanto a carga de la enfermedad².

Paradójicamente el 19% de las personas que padecen un trastorno mental reciben tratamiento, los que llegan tardan un tiempo importante en recibir atención con una latencia que oscila entre 4 y 20 años desde la aparición de la enfermedad, según el tipo de trastorno. A diferencia de lo que ocurre en otros países, la atención es más frecuente en unidades especializadas que en el primer nivel de atención, por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas, lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad.

Por lo anterior, se ha planteado la creación de unidades de atención especializadas en salud mental (UNEMES-CISAME) en todo el país. Se propone que estas unidades funcionen como el eje donde se estructure la atención comunitaria de la salud mental.

Como parte de este proyecto se solicitó al Instituto Nacional de Psiquiatría desarrollar una serie de guías clínicas sobre los padecimientos más frecuentes en nuestro país, a partir del análisis de la evidencia científica y de los criterios diagnósticos, de prácticas terapéuticas y de acciones preventivas que han probado ser más efectivas en el ámbito del manejo de los padecimientos mentales.

Las 12 Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales que conforman esta colección tienen como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud recomendaciones prácticas para abordar la detección y el tratamiento efectivo de estos trastornos, ofreciendo las alternativas terapéuticas idóneas en cada proceso.

1. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México, 2003.

2. Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención en Salud Mental. Secretaría de Salud. Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, México, 2008.

El conjunto de Guías Clínicas es el fruto del trabajo realizado por un grupo conformado por investigadores y clínicos especializados en diversas áreas de la salud mental a quienes agradecemos su compromiso y su interés por contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad de vida de los pacientes, así como de su entorno familiar y social.

Asimismo, agradecemos a todas aquellas personas que revisaron y validaron estas guías; esperamos seguir contando con sus valiosas aportaciones para la actualización y mejora continua de estos instrumentos para la práctica clínica.

Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza
Directora General
Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*

El trastorno depresivo mayor (TDM) es una patología del estado de ánimo, cuyo impacto en la población cada vez ha atraído más el interés tanto de las autoridades, como del público en general, por los altos costos sociales y económicos que acarrea cuando su tratamiento se realiza de manera no sistematizada.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad (OPS, 2001). Asimismo, de acuerdo con el proyecto Global Burden Disease (GBD) de la OMS, se cataloga al TDM dentro de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Ocupando actualmente el primer lugar en el índice de "años perdidos por discapacidad" (APD), y el segundo en el de "años de vida ajustados en función de la discapacidad" (AVAD) (OMS, 2001).

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (SS, 2007), describe que la depresión es la principal causa de "daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte" en mujeres, superando, incluso a enfermedades tales como la diabetes mellitus, afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas y las enfermedades isquémicas del corazón. En hombres ocupa el noveno lugar; sin embargo, la cirrosis y el consumo de alcohol ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente. Ambas patologías, frecuentemente vinculadas con el ánimo deprimido.

Objetivos de la Guía

Objetivo General

Proporcionar al personal de salud de primer nivel de atención los conocimientos necesarios para poder diagnosticar un trastorno de depresión y generar un algoritmo de tratamiento dependiendo de la severidad, así como criterios básicos de referencia a segundo y tercer nivel.

Objetivos específicos

Proporcionar información suficiente para entrenar al clínico en el diagnóstico correcto de los trastornos depresivos.

Difundir un algoritmo de tratamiento, dependiendo de la severidad del trastorno depresivo y su comorbilidad, para su adecuado tratamiento, rehabilitación, reinserción social y canalización temprana a diversos niveles de atención.

Justificación

A lo largo de las últimas tres décadas, el trastorno depresivo mayor ha generado mayor investigación en comparación con otros trastornos psiquiátricos. Su relevancia clínica y de salud pública ha sido reiteradamente demostrada, poniendo en evidencia los altos costos generados tanto por la discapacidad que genera (Wells y cols, 1989), como por la disminución en la productividad nacional. Incluso, se ha demostrado que genera mayor discapacidad que otras enfermedades crónicas, tales como la artritis, diabetes e hipertensión; y de igual impacto que las enfermedades cardiovasculares (Cassano y Fava 2002; Zimmerman y cols., 2006).

De acuerdo con el proyecto GBD, la depresión está considerada como la quinta causa generadora de discapacidad, entre todas las enfermedades: siendo responsable del 4,4% del total de AVAD y es la causa principal de APD (11,9% del total). En el grupo de 15 a 44 años es la segunda causa, y responsable del 8,3% de los AVAD perdidos. Para el año 2020, si las actuales tendencias de la transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la carga de depresión aumentará al 5,7% de la carga total de morbilidad, convirtiéndose en la segunda causa de AVAD perdidos. En el mundo, sólo será superada en AVAD perdidos para ambos sexos por las miocardiopatías. En los países desarrollados, la depresión será para esas fechas la primera causa de carga de morbilidad (Murray y López, 1997).

La depresión puede exacerbar el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas, así como afectar desfavorablemente los resultados de su tratamiento. Así mismo, el padecer depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional. Las relaciones de pareja y familiares son frecuentemente afectadas de forma negativa, y la presencia de depresión en los padres se ha asociado con el desarrollo de una crianza negligente así como perturbaciones significativas de sus hijos (Ramchandani y Stein, 2003).

Finalmente, a pesar de que en la actualidad existen tratamientos con efectividad demostrada, la proporción de la demanda atendida continúa siendo baja. De acuerdo con los datos generados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2003), la cifra de mujeres mayores de 18 años con sintomatología depresiva, sólo 27.2% había sido alguna vez diagnosticada como depresiva por un médico y 7.9% había tomado medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas. En el caso de los hombres, del total, sólo 19% contaban con diagnóstico y 6.1% se encontraban en tratamiento antidepresivo en las últimas dos semanas (Belló y cols., 2005).

La Guía está dirigida a todo el personal de salud, médicos generales, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, tiene como finalidad uniformar la atención de este padecimiento.

Metodología utilizada para determinar el nivel de evidencia

La presente guía, se realizó con base en el paradigma de medicina basada en evidencia. De los diversos sistemas actualmente utilizados para gradar el nivel de evidencia científica, se decidió utilizar el sistema GRADE (Atkins y cols., 2004, 2005; GRADE 2004; Guyatt y cols., 2008) que ha sido adoptado recientemente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la elaboración de otras guías de tratamiento clínico (Braunstein 2007; Wierman y cols., 2006; Schunemann y cols., 2007; Dahm y cols., 2007; WHO, 2003). La principal ventaja de este sistema, es que además de proporcionar un manera práctica de determinar el nivel de evidencia, le otorga una orientación al clínico en cuanto a la toma de decisión en relación con el riesgo/beneficio y entre hacer/no hacer (Ver **Tabla 1**).

Para facilitar la lectura de la guía, se ha decidido separar las *sugerencias sobre el manejo del paciente deprimido*, de la *evidencia científica* que sustenta dicha sugerencia. Las sugerencias se encuentran agrupadas en una columna izquierda, mientras que la evidencia ha sido redactada en la derecha.

Particularmente en tópicos relacionados con la salud mental, no siempre se cuenta con evidencia de metanálisis o de ensayos clínicos controlados, que otorguen un nivel de evidencia elevado, por lo que la utilización del sistema GRADE permite un rápido entendimiento entre los editores y el clínico.

Tabla 1 Recomendaciones GRADE

Balance entre beneficios y riesgos

Beneficios netos	La intervención claramente comporta más beneficios que riesgos
Beneficios con aceptación de los riesgos	La intervención comporta beneficios y riesgos
Beneficios inciertos con aceptación de los riesgos	No está claro que la intervención comporte más beneficios que riesgos
Ausencia de beneficios netos	La intervención claramente no comporta más beneficios que riesgos

Categorías de Recomendaciones

Hazlo	Decisión que tomaría la mayoría de personas bien informadas
No lo hagas	
Probablemente hazlo	Decisión que tomaría la mayoría de personas bien informadas aunque una minoría considerable no lo haría
Probablemente no lo hagas	

Calidad de la Evidencia	
Alta	Ensayos Clínicos Controlados o mayor
Moderada	“Cuasi” Ensayos clínicos controlados
Baja	Estudios Observacionales
Muy Baja	Otro tipo de Evidencia

Notas:

1. Es recomendable que los juicios sobre balance entre los beneficios importantes en salud y los riesgos se lleven a cabo ANTES de considerar los COSTES.
2. Cuando los beneficios y los riesgos varían en diferentes ámbitos o grupos de pacientes, las recomendaciones se deben adaptar a cada ámbito específico y a cada grupo de pacientes en concreto.
3. Es importante considerar las particularidades de las poblaciones más desfavorecidas y, si es apropiado modificar las recomendaciones para tener en cuenta estas desigualdades.

¿Cómo leer la presente guía?

Esta Guía se ha elaborado después de una revisión exhaustiva de la literatura médico psiquiátrica, y se ha procurado sintetizar los hallazgos encontrados en los últimos años. Cabe destacar, que a pesar de este esfuerzo, los estándares de atención médica deben ser determinados con base en toda la información clínica de un determinado paciente y que el algoritmo está sujeto a cambios, dependiendo de la evolución natural del conocimiento científico.

Los parámetros vertidos en esta Guía, deben ser considerados exclusivamente como guías. La adherencia a los presentes paradigmas, como en cualquier otra área del conocimiento médico, no asegu-

ra un éxito terapéutico para todos los pacientes. Asimismo, exhortamos a los profesionales de la salud a que continúen favoreciendo su hábito de actualización, y que el tratamiento de sus paciente deprimidos se realice con base en un ejercicio clínico meticuloso. La decisión final de cómo atender un paciente, depende del juicio del médico tratante, y debe ser realizado con base en la información científica más relevante posible.

Esta guía está dividida en 7 apartados, denominados “Recomendaciones”. Cada uno de estos apartados, contiene una serie de sugerencias sobre un tópico en particular del manejo del paciente deprimido.

En la **recomendación 1**, se describen acciones particulares para la detección oportuna del fenómeno depresivo.

En la **recomendación 2**, se describen estrategias generales sobre el diagnóstico del trastorno depresivo mayor y del diagnóstico diferencial.

En la **recomendación 3**, se describe cómo diferenciar la severidad del cuadro depresivo, para determinar si el paciente puede ser atendido en el primer nivel de atención (casos leves y algunos moderados), o debe ser referido al segundo o tercer nivel de atención (algunos moderados y todos los severos).

La **recomendación 4** describe una metodología para determinar una de las mayores amenazas para los pacientes que padecen depresión: “el riesgo suicida”.

La **recomendación 5**, describe el plan general del tratamiento, en el cual se le ayuda al clínico sobre cómo decidir la locación, el tratamiento psicosocial y el tratamiento farmacológico, con base en la severidad.

En la **recomendación 6** se describe la fase de seguimiento, en la cual se incluye una serie de actividades que se llevan a cabo con los pacientes durante los primeros meses de tratamiento.

En la **recomendación 7** se incluyeron las actividades que se sugieren llevarse a cabo para la prevención de recaídas del cuadro depresivo.

Guía Clínica para el Manejo de la Depresión

Recomendaciones diagnósticas y terapéuticas

El tratamiento de los trastornos depresivos incluye una serie de intervenciones y actividades que deben ser llevadas a cabo por personal de salud mental ^(Alta). Los componentes específicos de dichas intervenciones, pueden ser subdivididos, y deben ser otorgados a todas las personas que padezcan síntomas depresivos. En la presente guía dividimos en dos grandes bloques las recomendaciones: El primer bloque de recomendaciones diagnósticas y el segundo de recomendaciones terapéuticas.

Cabe destacar, que hasta el presente no se han realizado estudios prospectivos, que permitan evaluar las políticas de salud pública a largo plazo. Una de las grandes metas para las siguientes décadas, es justamente cuantificar las políticas de salud pública mental en la incidencia y prevalencia de los síndromes psiquiátricos (Cassano y cols., 2002; Madhukar 2001; Medina-Mora y cols., 2003). **Por lo que el hecho de que el nivel de evidencia sea BAJA, no significa que la recomendación tenga bajo impacto en la vida del paciente, sino que falta evidencia sistemática de la utilidad de guías clínicas en el curso de las enfermedades mentales.**

1 Recomendación

Detección				
1.a	s	Balance riesgo/ beneficio: Sugerencia de Acción:	Beneficios Netos Hazlo	Evidencia ^(Baja-Alta)
Detección General.				El TDM se ha vuelto un padecimiento con una alta prevalencia en el mundo (Ústün y Sartorius, 1995) ^{Alta} . Las repercusiones individuales, familiares y sociales generan disminución en la productividad nacional e internacional ^{Alta} . En México el TDM tiene una prevalencia a lo largo de la vida de 3.3%. Ocurre en cerca del 1.5% de la población adulta en a lo largo de un año, y las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres (relación 2:1). La edad de inicio es difícil de establecer, ya que el primer episodio usualmente es leve y no es tratado, muchas veces se reconoce en retrospectiva muchos años después. Puede aparecer a cualquier edad, y se ha estimado que la edad media de inicio es de 30 años (Ústün y Sartorius, 1995). Aproximadamente el 10% de los pacientes que se presentan en servicios de atención primaria sufren de depresión (Ministry of Health Services, 2004). Su detección sistematizada es de fácil ejecución, y no genera costos adicionales (Stewart, 2003), por lo que es esencial que el personal encargado de la atención primaria de la salud
Realizar la detección de TDM en TODAS las evaluaciones de los pacientes, independientemente del lugar de tratamiento y solicitud de atención, mediante la búsqueda de sus dos síntomas principales: el <i>ánimo deprimido</i> y la <i>anhedonia</i> : A lo largo de su vida, o durante las últimas dos semanas: <ul style="list-style-type: none"> • ¿se ha llegado a sentir <i>continuamente</i> triste, desanimado, desesperanzado o con llanto fácil? (<i>ánimo Deprimido</i>). • ¿ha perdido el interés o el placer, en las cosas o situaciones que generalmente lo hacían? (<i>anhedonia</i>). Si el sujeto responde afirmativamente a cualquiera de estas dos preguntas, amerita una evaluación más detallada.				

	mental cuente con las habilidades necesarias para atender a los pacientes con depresión, sus circunstancias y relaciones sociales, y el riesgo que puedan representar para sí mismos y los demás ^{Baja} .
--	--

Nota 1. En el caso de que sea “en las últimas dos semanas”, debe de incluirse en el apartado de “Interrogatorio por aparatos y sistemas” o en “Padecimiento actual”.

Nota 2. En el caso de que sea “alguna vez en la vida”, Debe de incluirse en el apartado de “Antecedentes Personales Patológicos”.

1.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Alta)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Detección en población de alto riesgo. Los individuos en alto riesgo de padecer TDM, deben ser evaluados de igual manera mediante las dos preguntas del inciso a. Pero se les debe otorgar mayor atención a sus respuestas.</p>		<p>Los individuos en alto riesgo (Cassano y cols., 2002) son aquellos, que presentan: insomnio crónico o fatiga, dolor crónico, síntomas somáticos múltiples o inexplicados, enfermedad médica crónica, eventos cardiovasculares agudos, trauma físico o psicológico reciente, otros trastornos psiquiátricos y antecedentes heredo-familiares para un trastorno del estado de ánimo.</p>	

1.c	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Baja)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Detección en poblaciones especiales. Se recomienda escuchar y evaluar la manera en como percibe los pacientes expresan sus molestias físicas.</p>		<p>La presentación clínica del TDM puede presentarse de manera diferente en poblaciones especiales. Para algunos grupos, la principal molestia se enfoca en síntomas somáticos (Byram y cols., 2002).</p>	

Diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor

2.a	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Alta)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Elaboración del Diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor. Realizar el diagnóstico con base en los criterios diagnósticos del CIE-10 o del DSM-IV-TR. Para recordar los criterios diagnósticos se puede utilizar la nemotecnia: “<i>Mi casa hace menos, paz más menos</i>” (MICASA,AC↓,PAS↑↓). Ver Figura 2.1</p>			<p>Hasta el momento actual, no existe prueba de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico (APA, 2002). Por lo que los estudios clínicos y epidemiológicos utilizan entrevistas estructuradas para mejorar su sensibilidad diagnóstica. En el caso del primer nivel de atención, es suficiente corroborar los síntomas enlistados por la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) o los criterios propuestos por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), enlistados en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, en su versión IV (DSM-IV) (Ramchandani y cols., 2003; Akisa, 2000). Para facilidad el clínico se recomienda recurrir a la figura 2.1.</p>

2.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Moderada)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Exclusión de Trastorno Bipolar (TB). Interrogar <u>SIEMPRE</u> el antecedente de por vida de episodio de hipomanía/manía (Síndrome maniático-forme). A lo largo de su vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ¿alguna vez se ha llegado a sentir con un exceso de energía? ● ¿alguna vez ha llegado a tener la sensación de que no necesita dormir? ● ¿alguna vez ha llegado a tener la sensación de que sus ideas llegan más rápido de cómo cotidianamente piensa? <p>Si el paciente contesta afirmativamente a cualquiera de las preguntas previas, es importante corroborar que dichos síntomas hayan estado presentes la mayor parte del día, todos los días, al mínimo 4 días.</p>			<p>El TB y el TDM comparten la presencia en el curso de la enfermedad de episodios depresivos (OMS, 2001). Pero el pronóstico y el tratamiento de estos dos padecimientos son completamente diferentes (Kates y Mach, 2007; Akiskal, 2005, a, b). El empleo de medicamentos antidepresivos en la fase depresiva de un paciente con TB, puede desencadenar el ciclaje a una etapa de manía (Henry y cols., 2001). Por lo que interrogar sobre la presencia de un episodio de manía en cada paciente que se corrobora la presencia de un episodio depresivo es una estrategia de bajo costo, y que cuenta con obvios beneficios a largo plazo (APA, 2002).</p>

Ante la duda o afirmación de la presencia de episodio de hipomanía/manía, realizar referencia con médico psiquiatra.

Figura 2.1. Diagnóstico del Trastorno Depresivo

Episodio Depresivo Mayor (EDM)	Trastorno Depresivo Mayor (TDM)
Mínimo 2 semanas <i>“Casi todo el día, casi todos los días con:</i>	
Ánimo deprimido o Anhedonia	EDM
+	+
4 de 7 (MICASA, AC↑, PAS ↑↓) <i>Mi casa hace menos, paz más menos:</i> Minusvalía/Inutilidad/Culpa Astenia Suicidio/Autoagresión Atención/Concentración ↓ Psicomotricidad ↑ó↓ Apetito ↑ó↓ Sueño ↑ó↓	Descartar: Episodio de manía/hipomanía Síntomas secundarios a uso de sustancias Síntomas secundarios a otro trastorno psiquiátrico. Síntomas secundarios a enfermedad médica general.

Modificado de Criterio A de Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV-TR).

Anhedonia: Disminución o ausencia en la capacidad para vivenciar el placer.

Nemotecnia *“Mi casa hace menos, paz más menos”* elaborada por equipo de trabajo.

2.c	Balance riesgo/beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Alto)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
Exclusión de otras Entidades. Descartar <u>SIEMPRE</u> que la sintomatología haya sido producida por algún trastorno por uso de sustancias, algún otro trastorno psiquiátrico o alguna patología orgánica.		Los síntomas depresivos pueden ser causados por una amplia diversidad de enfermedades somáticas o psiquiátricas. De tal modo, que si no son tratadas concomitantemente, no se llega a una resolución de la sintomatología depresiva. Por lo que es indispensable una valoración médica meticulosa en cada paciente depresivo (APA, 2005).	

2.d	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor. Una vez descartados el Trastorno bipolar y otras entidades, se puede concluir la entidad diagnóstica "Trastorno Depresivo Mayor".</p>			<p>Ante la presencia de síntomas depresivos, que no se explican mejor por otra patología, mediante un análisis minucioso del cuadro clínico, se llega a la conclusión de un TDM (Caraveo y cols., 1999). Otro reto para las siguientes décadas, es generar índices neurobiológicos que permitan corroborar el diagnóstico de TDM.</p>

2.e	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Alto)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Cronicidad. Una vez elaborado el diagnóstico de TDM, interrogar sobre el curso de los síntomas a lo largo de la vida. Determinar si se trata de un episodio crónico (2 años), o de una recurrencia de la sintomatología. Anotar el curso en el apartado de diagnóstico. En caso afirmativo, se sugiere otorgar mayor énfasis en las citas de seguimiento.</p>			<p>Los datos epidemiológicos sugieren el comportamiento del trastorno depresivo como una enfermedad crónica. Básicamente existen dos tipos de historia natural de la enfermedad. Una en la que los síntomas son continuos y en la que no existe remisión de la sintomatología y otra en la que los síntomas son esporádicos y existe remisión interepisódica (Espinosa-Aguilar y cols., 2007). Las formas crónicas de depresión constituyen el 30% de los trastornos depresivos unipolares. El DSM-IV describe 4 tipos de depresión crónica: A) el trastorno depresivo mayor crónico, B) distimia; C) distimia + TDM; y D) TDM en remisión incompleta.</p>

Determinación de la Severidad			
3.a	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Posterior a la elaboración del diagnóstico de TDM, es indispensable determinar la severidad de la sintomatología depresiva tanto numérica, como categóricamente Ver figura 3.1.</p>		<p>La determinación de la severidad diagnóstica desde el inicio del algoritmo diagnóstico, cuenta con implicaciones diagnósticas y terapéuticas de gran ayuda al clínico y al paciente. Al médico, le ayuda para la correcta toma de decisiones, así como un índice de eficacia, efectividad y eficiencia del tratamiento. Y al paciente, como apoyo para favorecer el autocuidado en su tratamiento (Kates y Mach, 2007).</p>	
3.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Determinación numérica: Aplicar la escala de Hamilton para la depresión (HDRS, del inglés: <i>Hamilton Depression Rating Scale</i>). Anotar el resultado en el apartado de exploración física del expediente clínico.</p> <p>Determinación categórica: Existen 3 categorías: leve, moderado y severo. Determinar mediante el puntaje del HDRS y/o de la valoración clínica. Anotar el resultado en el apartado de diagnóstico o análisis. Ver figura 3.2</p>		<p>El HDRS otorga una calificación con puntajes entre 0 al 51 (Hamilton, 1960; Bagby y cols., 2004), que facilita al clínico obtener un índice sobre la severidad diagnóstica. Sin embargo, tanto para el clínico como para el paciente es más fácil comprender el significado de depresión leve, en comparación, por ejemplo de “una depresión de 12 puntos”.</p> <p>Debido a la falta de un índice biológico que permita medir la severidad de los trastornos psiquiátricos, la semiología psiquiátrica y los ensayos clínicos controlados han utilizado la clinimetría para realizar un sistema de medición para gradar la severidad de la enfermedad (Faravelli 2004; Feinstein 1985 a, b).</p> <p>La exploración del estado mental mediante el examen mental, es equivalente a la exploración física, que se realiza en la práctica de la medicina general (Othmer y cols., 2005).</p>	

3.c	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia^(Alto)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
No se recomienda utilizar el HDRS para elaborar el diagnóstico de TDM. Utilizar el apartado la recomendación 2.a para elaborar el diagnóstico.			Si bien es cierto, que la mayor parte de los ensayos clínicos controlados utilizan el HDRS como herramienta de medición de sus resultados, y que es una escala ampliamente utilizada, hasta el momento actual, no existe evidencia que justifique el uso del HDRS para la elaboración del diagnóstico de TDM (Muller y cols, 2003).

Figura 3.1. Severidad del Trastorno Depresivo

TDM Leve	TDM Moderado	TDM Severo
La sintomatología depresiva, sólo genera una pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales.	Los síntomas generan una alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales; sin que llegue a ser severo.	La sintomatología depresiva genera una gran alteración en la funcionalidad de la vida cotidiana del sujeto y/o Manifiesta ideación suicida o síntomas psicóticos.
HDRS 12-19	HDRS 20-27	HDRS ≥ 28

Elaborado con base en especificadores de Episodio Depresivo Mayor (DSM-IV-TR) y en los trabajos de Muller y cols. (2003).

Figura 3.2. Escala de Depresión de Hamilton

<p>1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad).</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado.</p> <p>2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente</p> <p>3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto.</p> <p>4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.</p>	<p>2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.</p> <p>3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad</p> <p>4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.</p>
<p>2. Sensación de culpabilidad</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente</p>	<p>3. Suicidio</p> <p>0. Ausente</p> <p>1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida</p> <p>2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir.</p> <p>3. Ideas de suicidio o amenazas</p> <p>4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4).</p>

4. Insomnio precoz

- 0. Ausente
- 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.
- 2. Dificultades para dormirse cada noche.

5. Insomnio medio

- 0. Ausente
- 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.
- 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etcétera).

6. Insomnio tardío

- 0. Ausente
- 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero vuelve a dormirse.
- 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades

- 0. Ausente
- 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones
- 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.
- 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.
- 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad

8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida).

- 0. Palabra y pensamiento normales
- 1. Ligero retraso en el diálogo
- 2. Evidente retraso en el diálogo
- 3. Diálogo difícil
- 4. Torpeza absoluta

9. Agitación

[0. Ninguna; 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etcétera. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etcétera].

10. Ansiedad psíquica

- 0. No hay dificultad
- 1. Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2. Preocupación por pequeñas cosas
- 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.
- 4. Terrores expresados sin preguntarle.

11. Ansiedad somática.

[**Gastrointestinales:** boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones; **Cardiovasculares:** palpitaciones, cefalalgias; **Respiratorios:** hiperventilación, suspiros; **Frecuencia urinaria; Sudoración].**

- 0. Ausente; 1. Ligera; 2. Moderada; 3. Grave; 4. Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

- 0. Ninguno
- 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.
- 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13. Síntomas somáticos generales

- 0. Ninguno
- 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.
- 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2

14. Síntomas genitales [Pérdida de la libido, Trastornos Menstruales].

- 0. Ausente; 1. Débil; 2. Grave; 3. Incapacitante

15. Hipocondría

- 0. No la hay

1. Preocupado de sí mismo (corporalmente)
2. Preocupado por su salud
3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc.
4. Ideas delirantes hipocondríacas.

16. Pérdida de peso (completar **A** o **B**)

A. Según manifestaciones del paciente (1ª evaluación)

0. No hay pérdida de peso.
1. Probable pérdida de peso asociada con enfermedad actual.
2. Pérdida de peso definida (según el enfermo).

B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes).

0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana
2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (promedio).

17. Insight (conciencia de enfermedad)

0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.
1. Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etcétera.
2. Niega que esté enfermo.

Valoración del riesgo suicida			
4.a	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios con aceptación de los riesgos	Evidencia ^(Alto)
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
<p>Detección General.</p> <p>Realizar la detección de riesgo suicida en TODAS las evaluaciones de los pacientes que cursan con sintomatología depresiva, mediante las siguientes dos preguntas: En los últimos días:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿ha llegado a pensar en la muerte o en el suicidio? • ¿ha llegado a pensar que la vida no vale la pena o sentirse desesperanzado? <p>En caso de respuesta afirmativa a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar con una evaluación más exhaustiva (Recomendación 4.b) y con las preguntas sugeridas (Recomendación 4.c).</p>		<p>Uno de los principales factores de riesgo para intentar o cometer suicidio es la sintomatología depresiva (Mann y cols., 2005). Por lo que la valoración sistemática de riesgo suicida se recomienda en cada cita, ya sea inicial o subsecuente.</p> <p>Los trastornos depresivos cuentan con un riesgo relativo (OR, del inglés Odds ratio) de 0.53 (IC 95% 0.42-0.68) de presentar. Cabe destacar, que el tratamiento de elección para un cuadro depresivo grave es la hospitalización. Y que la prevalencia de suicidio consumado en pacientes depresivos hospitalizados ha sido determinada entre 9.2% y 15.2 (Bostwick, 2000). En nuestro país, Borges y cols. (2005), describieron un OR para pacientes deprimidos de presentar ideación suicida de 10.15 (IC 95% 7.82-13.17), para la planeación de 11.97 (IC 95% 8.8-16.28) y de intento suicida de 11.61 (IC 95% 8.11-16.61).</p>	

4.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios con aceptación de los riesgos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
<p>Valoración Exhaustiva.</p> <p>Estimar el riesgo suicida mediante el interrogatorio dirigido de los factores de riesgo y los factores protectores. Es importante reconocer que la mayoría de estos factores, no simplemente están ausentes o presentes, sino que cuentan con un rango de severidad.</p>		<p>Se ha estimado que la depresión participa en aproximadamente 65%–90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas (Blumenthal 1998; Arsenault-Lapierre y cols., 2004). De acuerdo con la OMS (2003), hasta 80% de las personas que se suicidaron padecían varios síntomas depresivos.</p> <p>En los pacientes deprimidos, el riesgo parece ser mayor cuando no siguen su tratamiento, o piensan que no son tratables o son considerados no tratables por los especialistas (Beck y cols., 2006).</p>	

4.c	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios con aceptación de los riesgos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
<p>Preguntas sugeridas. Comenzar interrogando con preguntas sobre los deseos del paciente por mantenerse con vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Alguna vez ha sentido que la vida no vale la pena? • ¿Alguna vez ha deseado continuar dormido y no despertar nunca más? <p>Continuar con preguntas específicas sobre pensamientos de muerte, hacerse-daño y suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> • En los últimos días ¿Ha pensado frecuentemente en la muerte? • La situación ha llegado a tal punto, ¿qué usted ha llegado a pensar en lastimarse? • ¿ha llegado a pensar en la forma en como lo realizaría? • ¿cuenta usted con _____ para realizar lo que ha planeado? • ¿Se ha despedido de sus seres queridos? • ¿Ha realizado alguna de despedida o a quien repartir sus bienes? 		<p>La ponderación del riesgo suicida compromete el interrogatorio empático y comprensivo de la vida del paciente. Es importante recalcar que el paciente NO DESEA PRESENTAR las ideas suicidas, y que frecuentemente evita centrar la atención en dichos pensamientos. En ocasiones es tan persistente este síntoma que el paciente puede llegar a desear la muerte como una solución a su problemática.</p> <p>Muchas veces el paciente puede percibirse confundido ante la presencia de pensamientos de autolesión, y no necesariamente las expresa durante el interrogatorio, por lo que hay que interrogarle propositivamente sobre la idea suicida.</p> <p>Las preguntas fueron realizadas con base en los factores de riesgo más relacionados con la conducta suicida (APA, 2003; Malone y cols., 2000).</p>	

4.d	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Realizar referencia a hospital psiquiátrico o al servicio de psiquiatría de su preferencia en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el paciente contesta afirmativamente a cualquiera de las preguntas del apartado 4.c • Si durante el interrogatorio de los factores de riesgo se llega a la conclusión de mayores factores de riesgo que factores protectores • En caso de duda. 		<p>Recomendación de los autores.</p>	

4.e	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	

La entrevista debe ser realizada de una manera optimista, independientemente de la severidad del cuadro depresivo, con el objetivo de disminuir la desesperanza. Interrogar sobre las motivaciones para mantenerse con vida y alentarlas.

Los pacientes deprimidos que no han llegado a intentar el suicidio cuentan con mayores sentimientos de responsabilidad hacia su familia, más miedo de desaprobación social, mayores objeciones sociales al suicidio, mayores habilidades de supervivencia y de afrontamiento y mayor temor al suicidio, que los pacientes deprimidos que intentan el suicidio (APA, 2003; Gutierrez-García y cols., 2006).

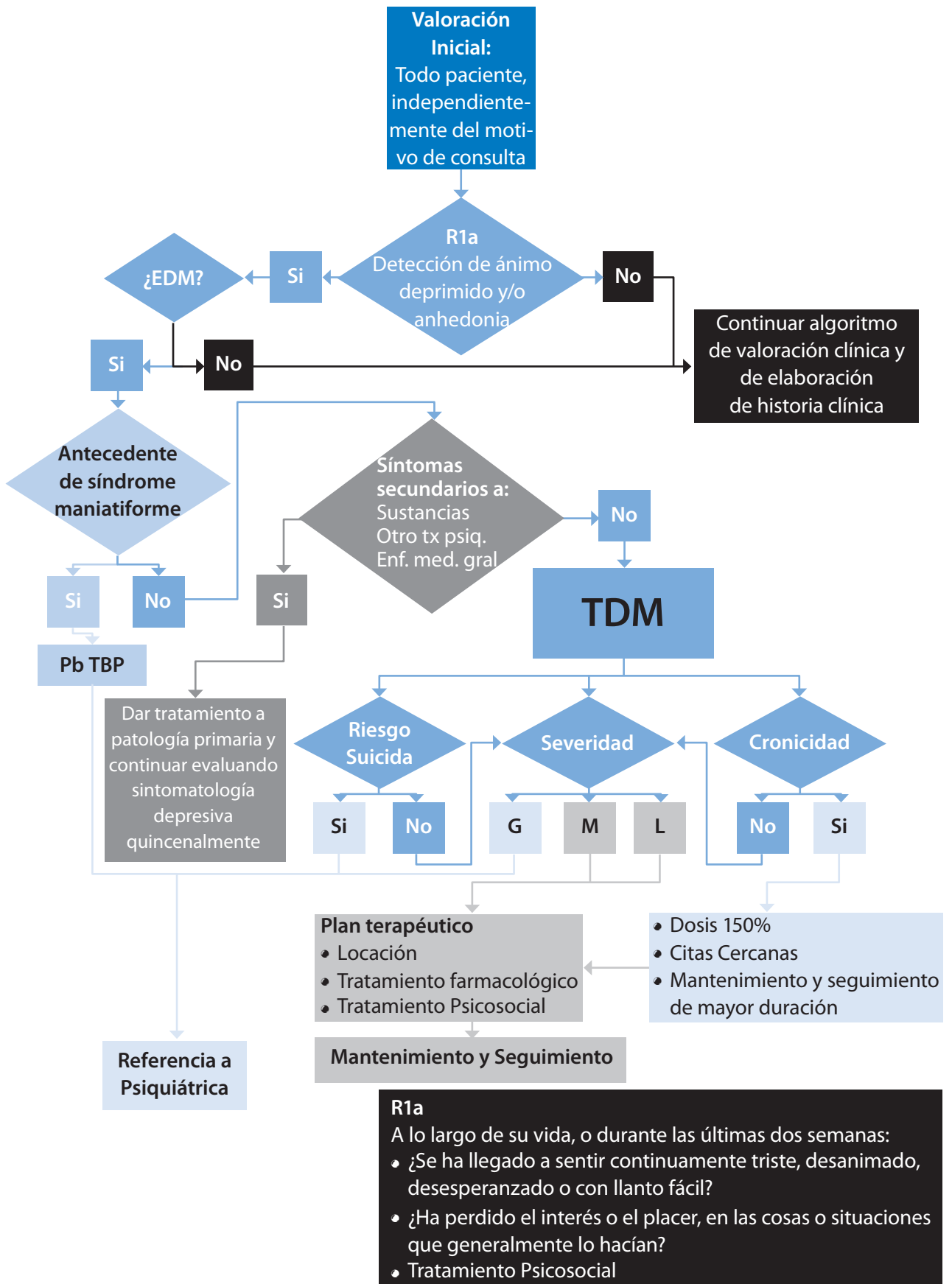
Figura 4.1. Factores de riesgo para la conducta suicida

Factores psicosociales	Factores biológicos	Factores familiares
<p>Estado actual</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida reciente ● Inestabilidad familiar ● Aislamiento social o soledad ● Desesperanza ● Estado civil: viudos > separados/divorciados > solteros > casados ● No estar viviendo con la familia o no contar con alguien <p>Antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Pérdida de los padres en la infancia ● Inestabilidad familiar <p>Rasgos de personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Impulsividad ● Agresividad ● Labilidad emocional ● Dificultad para afrontar y resolver problemas 	<p>Género masculino</p> <p>Enfermedad médica actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Padecimientos discapacitante ● Padecimientos dolorosos ● Padecimientos terminales <p>Enfermedad psiquiátrica actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Trastorno depresivo mayor ● Abuso/Dependencia alcohol o de otras sustancias ● Esquizofrenia ● Trastorno de personalidad antisocial <p>Antecedentes de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Intento de suicidio previo ● Tratamiento psiquiátrico anterior ● Hospitalización previa por autolesiones 	<p>Historia familiar de trastornos psiquiátricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Depresión ● Esquizofrenia ● Ansiedad ● Enfermedad bipolar ● Alcoholismo ● Suicidio

Modificado de Cuadro 1, de Gutiérrez y colaboradores (2006) así como datos aportados por la Guía práctica de tratamiento para pacientes con conducta suicida (Parikh y cols., 2001).

Nota: Se decidió agregar la columna de factores familiares porque los antecedentes heredofamiliares de algún padecimiento psiquiátrico generan riesgo, tanto por vulnerabilidad genética, como por la convivencia.

Algoritmo para el manejo del Trastorno Depresivo Mayor



Elaborado por grupo de trabajo. Para mayores detalles, favor de leer el texto

Elaboración del plan terapéutico

5.a	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Objetivo. El objetivo del tratamiento es alcanzar la remisión de la sintomatología (HDRS ≤ 11) y reestablecer la funcionalidad óptima del paciente.</p>			<p>En la mayoría de los ensayos clínicos controlados, se considera remisión cuando se alcanza el 50% del puntaje de entrada del HDRS. Sin embargo, es prudente procurar la remisión completa de la sintomatología.</p> <p>Como se ha comentado en secciones previas, hasta el momento no existen estudios que demuestren la eficacia de políticas de salud pública mental en el pronóstico a largo plazo (Espinoza-Aguilar y cols., 2007; Gutiérrez-García y cols., 2006; Reesal y cols, 2001).</p>

5.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Plan General. Elaborar el plan terapéutico, con base en la severidad diagnóstica (leve, moderado, severo), determinando los siguientes pautas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Locación b) Tratamiento farmacológico c) Tratamiento psicosocial <ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Elaboración de redes de apoyo • Tratamiento psicoterapéutico 			<p>El plan general del tratamiento, debe de contener varios apartados, sin embargo, los más importantes son la locación y la elección asertiva entre los tratamientos psicosociales y farmacológicos. En relación con la elección de la locación existe evidencia que demuestre la eficacia a largo plazo. Sin embargo, la elección entre un tratamiento ambulatorio o por internamiento hospitalario cuenta con trascendencia vital en la vida del paciente (Rush 2005; Thomas y cols., 2002; Pinquart y cols., 2006).</p>

5.c	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios con aceptación de los riesgos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
<p>En la construcción del plan de tratamiento se debe de incluir las preferencias del paciente, un análisis de costos y la disponibilidad en relación con el domicilio del paciente.</p>			<p>Posterior a la psicoeducación sobre las ventajas y desventajas del tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, así como la elaboración de las redes de apoyo, es indispensable que el pacien-</p>

			te se perciba parte integral en la toma de decisión de su tratamiento. Se ha postulado que mejora la adherencia terapéutica, sin embargo, queda pendiente la validación empírica de estos datos (Espinosa-Aguilar y cols., 2007; De Maat y cols., 2007).
--	--	--	--

5.d	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Alto)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
	En pacientes con TDM leve y moderado, las <i>“psicoterapias basadas en la evidencia”</i> son igual de efectivas que los tratamientos farmacológicos. La elección depende de la preferencia del paciente, de un análisis de costos y de la disponibilidad del servicio.		En trastornos depresivos leves y moderados y sin cronicidad, no se ha demostrado superioridad en cuanto a la eficacia entre la farmacoterapia y la psicoterapia (Byram y cols., 2002; Thase y cols., 1997).

5.e	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios con aceptación de los riesgos	Evidencia ^(Alto)
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
	En TDM leve o moderado sin cronicidad, no se recomienda el uso mixto de psicoterapia/farmacoterapia como uso estándar. Sin embargo, es prudente considerarse en aquellos pacientes con episodios crónicos, severos, con comorbilidad, y en aquellos que la monoterapia no tenga éxito.		El uso mixto de psicoterapia y farmacoterapia, ha demostrado mayor efectividad que la monoterapia en pacientes con depresión crónica, severa o con comorbilidad psiquiátrica, particularmente con los trastornos relacionados con el uso de sustancias con potencial adictivo (Ellis, 2004; Sewitch y cols., 2007).

5.f	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios con aceptación de los riesgos	Evidencia ^(Alto)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
	<p>En el caso de que se prescriba un tratamiento psicoterapéutico, utilizar tratamientos que hayan demostrado eficacia:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terapia cognitivo conductual ● Terapia interpersonal ● Psicoterapia basada en solución de problemas <p>En el primer nivel de atención, generalmente, la recomendación es realizar referencia a personal</p>		Los tratamientos psicoterapéuticos que han demostrado efectividad son: terapia cognitivo conductual, la terapia interpersonal y la psicoterapia basada en solución de problemas (Espinosa-Aguilar y cols., 2007; Ellis, 2004; Jacobson y cols., 1974).

con el entrenamiento adecuado, o practicarla si se cuenta con el entrenamiento necesario.

5.g	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Alto-Moderado)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>La farmacoterapia también es considerada de primera línea en la atención primaria. Ha demostrado efectividad en TDM leve y moderado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe evidencia robusta que demuestre diferencias significativas en la eficacia entre diversos tipos de antidepresivos. • Por ende, es prudente tomar en cuenta variables clínicas en la toma de decisión del medicamento: <ul style="list-style-type: none"> • Respuesta previa • Subtipo de depresión • Comorbilidad psiquiátrica y médica • Efectos adversos • Interacciones medicamentosas • Tasas de remisión a corto plazo • Costos 			<p>Los medicamentos antidepresivos que han demostrado eficacia clínica, en conjunto con algunas observaciones, se han incluido en la figura 5.2 ^{Moderado}. La eficiencia entre diferentes antidepresivos es similar, tanto entre medicamentos del mismo tipo, como entre medicamentos de tipos diferentes ^{Alto}. La elección del medicamento, se realiza con base en los efectos adversos, la comorbilidad y el análisis de costos (Byram y cols., 2002; Espinosa-Aguilar y cols., 2007) ^{Moderado}.</p>

5.h	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Otorgar psicoeducación con el objetivo de favorecer la adherencia terapéutica, con base en la fisiopatología e historia natural de la enfermedad. Se pueden utilizar mensajes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los antidepresivos carecen de potencial adictivo. • El efecto se alcanza después de 2 a 4 semanas de tratamiento, con tomas diarias del medicamento. • No suspender el tratamiento, a pesar de percibir mejoría, ya que existe un mayor riesgo de recaída. • Los efectos adversos leves son frecuentes, pero usualmente temporales. • Consultar dudas con el médico tratante. 			<p>De manera similar, que en otras ramas de la medicina, el otorgar información suficiente al paciente, favorece la conciencia de enfermedad, el apego al tratamiento y la confianza en el equipo de trabajo (Akiskal, 2005) Espinosa-Aguilar y cols., 2007).</p>

Figura 5.1. Elementos del plan terapéutico

	TDM Leve	TDM Moderado	TDM Severo
Locación	Consulta Externa. Valorar internamiento médico y/o psiquiátrico en caso de comorbilidad.	Consulta Externa. Valorar internamiento médico y/o psiquiátrico en caso de comorbilidad.	Hospitalización Psiquiátrica.
Tratamiento farmacológico	<ul style="list-style-type: none"> Igual efectividad que la psicoterapia. Iniciar cuando: <ul style="list-style-type: none"> Existan datos de cronicidad (considerar en conjunto con psicoterapia). Ponderación económica. Solicitud del paciente. 	Igual que en columna previa.	Debe ser determinado por médico psiquiatra.
Tratamiento psicosocial			
Psicoeducación	<ul style="list-style-type: none"> Historia natural de la enfermedad Aspectos básicos sobre teorías neurobiológicas de la depresión. Por qué el uso de psicofármacos y/o psicoterapia. Evitar: “échale ganas” Cultura del autocuidado Favorecer apego y adherencia al plan terapéutico. 	Igual que en columna previa, más: <ul style="list-style-type: none"> Detección oportuna de síntomas sugerentes de autolesión. Asesorar sobre el impacto en el funcionamiento. 	Necesidad del tratamiento intrahospitalario
Elaboración de Redes de Apoyo	<ul style="list-style-type: none"> Incluir a la familia y personas interesadas en el paciente. Psicoeducación igual que al paciente. 	Igual que en columna previa, más: <ul style="list-style-type: none"> Detección oportuna de síntomas sugerentes de autolesión. Favorecer apoyo en actividades profesionales y cotidianas. 	Siempre buscar el apoyo, que conduzca al paciente a la unidad psiquiátrica cercana
Tratamiento psicoterapéutico	<ul style="list-style-type: none"> Igual efectividad que la farmacoterapia Iniciar cuando: <ul style="list-style-type: none"> Se cuente con el entrenamiento. Existan datos de cronicidad (considerar en conjunto con farmacoterapia). Ponderación económica. Solicitud del paciente. 	Igual que en columna previa, más: <ul style="list-style-type: none"> El tratamiento conjunto con farmacoterapia ha demostrado mejoría a largo plazo. 	Otorgado por especialistas, siempre en el ámbito hospitalario.

Elaborado con base en (Ramchandani y cols., 2003; Espinosa-Aguilar y cols., 2007).

Figura 5.2. Medicamentos Antidepresivos

Nombre Genérico	Nombre comercial	Dosis (mg/d) ^A		Comentarios
		Inicial	Usual	
Tricíclicos y tetracíclicos^B				<ul style="list-style-type: none"> • Generan efectos anticolinérgicos (Akiskal, 2005; Ramick y cols., 1988) (sequedad de boca, visión borrosa, retención urinaria, constipación), utilizarse con precaución en pacientes con glaucoma. • Puede↑intervalo QT (Ramchandani y cols., 2003; Espinosa-Aguilar y cols., 2007). Valorar función cardíaca (EKG) alcanzando dosis efectiva. Su sobredosis, puede ser fatal; valorar riesgo suicida. • Su venta requiere receta médica.
Amitriptilina	Anapsique, Tryptanol	25	100-300	
Clomipramina	Anafranil	25	100-250	
Doxepina	Sinequan	25	100-300	
Imipramina	Tofranil, Talpramin	25	100-300	
Maprotilina	Ludiomil	25	100-300	
Mianserina	Tolvon	25	100-300	
ISRS				<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría inhibe a las isoenzimas p-450 (Vieweg y cols., 2004) • Son mejor tolerados que los tricíclicos y son mejor tolerados en sobredosis (Glassman y cols., 1988) . • Los de vida media corta pueden generar síntomas de discontinuación en la suspensión abrupta. • Valorar presencia de insomnio/sedación para determinar el horario de ingesta (Muller y cols., 2000).
Citalopram	Seropram, Citox			
Escitalopram	Lexapro	20	20-60	
Fluoxetina	Prozac, Fluoxac, otros	10	10-20	
Fluvoxamina	Luvox, Vuminix	20	20-60	
Paroxetina	Paxil, Xerenex	50	50-300	
Sertralina	Artruline, Sertex, Aleva	20	20-60	
		50	50-200	
IRDN				<ul style="list-style-type: none"> • Su uso, ha demostrado cierta efectividad en el tratamiento de la dependencia a nicotina (Muller y cols., 2000).
Bupropion	Wellbutrín	150	300	
IRSN				<ul style="list-style-type: none"> • Venlafaxina: Las dosis altas pueden generar hipertensión (MacGillivray y cols., 2003).
Venlafaxina	Efexor, Benolaxe, Odven	37.5	75-225	
Duloxetina	Cymbalta	60	60-120	
Moduladores de serotonina				<ul style="list-style-type: none"> • Su uso, ha demostrado cierta efectividad en el tratamiento de la dependencia a nicotina (Muller y cols., 2000).
Trazodona	Sideril	50	75-300	
Modulador NE-serotonina				<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con gran potencial sedante.
Mirtazapina	Remeron, Comenter	15	15-45	
IMAO				<ul style="list-style-type: none"> • Su venta requiere receta médica. El uso concomitante con otros antidepresivos puede generar toxicidad.
Moclobemida	Aurorex	150	300-600	
ISRN				<ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con gran potencial activante. Riesgo de desencadenar síntomas ansiosos.
Reboxetina	Edronax	4	8	

Abreviaturas. ISRS: Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina; IRDN: Inhibidores de recaptura de dopamina/norepinefrina; IRSN: Inhibidores de recaptura de serotonina/norepinefrina, IMAO: Inhibidores de la Mono-aminoxidasa, ISRN: Inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina; EKG: electrocardiograma.

Notas:

A. Las dosis generalmente son menores en pacientes de la tercera edad, en pacientes con trastornos de ansiedad, enfermedad hepática o renal.

Modificado de Tabla 1, (Muller y cols., 2000).

Seguimiento			
6.a	Balance riesgo/beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Objetivo. El objetivo del tratamiento es alcanzar la remisión de la sintomatología (HDRS \leq 11).</p>		<p>En la mayoría de los ensayos clínicos controlados, se considera remisión cuando se alcanza el 50% del puntaje de entrada del HDRS. Sin embargo, es prudente procurar la remisión completa de la sintomatología, y por convención se considera una puntuación del HDRS menor o igual a 11. Otra medida clínica de utilidad es el regreso a la funcionalidad previa (Muller y cols., 2000; Martínez-Raga, 2003).</p>	
6.b	Balance riesgo/beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(BaJo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Utilizar la HDRS en cada cita de seguimiento, mencionando su resultado al paciente. Valorar el nivel de funcionalidad y la calidad de las redes de apoyo.</p>		<p>Una pregunta frecuente que tienen los clínicos que atienden pacientes depresivos, es cómo saber y transmitir al paciente que el tratamiento ha funcionado. De modo tal, que la aplicación sistemática del HDRS, permite al clínico y al paciente valorar la evolución de los síntomas depresivos.</p> <p>Debido a que parte estructural de la sintomatología depresiva es el pesimismo, es frecuente observar que los pacientes deprimidos, no son capaces de percatarse de la mejoría otorgada por el tratamiento. Por lo que la obtención de la severidad desde la primera entrevista, eventualmente ayudará al paciente y al clínico en la toma de decisiones en el curso de la enfermedad.</p>	
6.c	Balance riesgo/beneficio:	Beneficios con aceptación de los riesgos	Evidencia ^(BaJo)
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
<p>Psicoeducación en cada cita:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Recordar al paciente que la recuperación es lenta y paulatina. 		<p>La remisión de la sintomatología normalmente se alcanza entre las 12 y 16 semanas en aproximadamente el 65% de los casos. Sin embargo,</p>	

<ul style="list-style-type: none"> ● El resultado óptimo se obtiene mediante el apego al plan de tratamiento. ● El pesimismo tácito a la sintomatología depresiva, dificulta que él mismo se percate de los avances. Detectarlos y señalarlos de manera empática. 	<p>la mejoría de la funcionalidad, puede tomar más tiempo (Martínez-Raga, 2003). Psicoeducación sobre el pesimismo: recomendación de los autores.</p>
---	---

6.d	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(BaJo)
Sugerencia de Acción:	Hazlo		
	Identificación del riesgo suicida en cada cita. (ver recomendación 4).		Como se mencionó en el apartado sobre suicidio, la detección del riesgo suicida es una herramienta fácil de realizar y que permite mejorar la calidad de atención del paciente deprimido.

6.e	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(BaJo)
Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo		
	Si no se alcanzan las metas planeadas en el periodo de tiempo habitual (2 a 3 meses), o si la severidad del cuadro depresivo se incrementa, se recomienda realizar referencia con médico especialista.		Recomendación de los autores.

Mantenimiento			
7.a	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Objetivo. Prevenir recurrencias y la cronicidad del cuadro, así como favorecer apego a tratamiento.</p>		<p>A pesar de que algunas personas solamente presentarán un cuadro depresivo a lo largo de su vida, presentando una remisión completa y un retorno a la funcionalidad premórbida, se ha estimado que entre el 50 al 85 % de los paciente que experimentan un episodio depresivo, presentarán algún otro episodio a lo largo de su vida (Espinosa-Aguilar y cols., 2007). Las personas que cuentan con el antecedente de haber padecido distimia, cuentan con mayor riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor recurrente.</p>	

7.b	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Moderada)
	Sugerencia de Acción:	Probablemente Hazlo	
<p>Duración. Continuar con el tratamiento antidepresivo por lo menos 6 meses posteriores a la TOTAL remisión de la sintomatología. Usar la misma dosis antidepresiva que en la fase inicial. En el caso de que se haya elegido psicoterapia como tratamiento de elección, mantenerla durante el mismo periodo de tiempo.</p>		<p>En términos generales, el tratamiento debe de ser mantenido entre 5 a 6 semanas posteriores a la remisión completa de la sintomatología. Es importante acostumbrarse a generar utilizar escalas de medición de severidad para poder tener medidas de eficacia a largo plazo con diferentes modalidades de tratamiento.</p>	

7.c	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(Bajo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Los pacientes con gran riesgo para la recurrencia, generalmente ameritan una fase de mantenimiento mayor, y en algunos casos, toda la vida.</p> <p>Favorecer apego al tratamiento con el especialista.</p>		<p>Un episodio depresivo mayor sin tratamiento usualmente tiene una duración de 6 meses o más. El TDM es un padecimiento recidivante, y cerca del 50 al 85% de los que padecen un episodio tendrán otro (Espinosa-Aguilar y cols., 2007).</p>	

7.d	Balance riesgo/ beneficio:	Beneficios Netos	Evidencia ^(BaJo)
	Sugerencia de Acción:	Hazlo	
<p>Cuando se vaya a discontinuar el antidepresivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Educar al paciente sobre los síntomas de discontinuación y síntomas de recaída. ● Favorecer el apego a citas de valoración esporádicas (cada 2 ó 3 meses). 			<p>Es prudente continuar la valoración aún después de terminado el tratamiento antidepresivo, para continuar con la monitorización de variaciones en el estado de ánimo, así como de presencia de sintomatología depresiva (Byram y cols., 2002; Rush, 2005).</p>

Aspectos Éticos

La consideración de los aspectos éticos en el campo de la salud es elemental para realizar un ejercicio profesional óptimo y ofrecer un mayor compromiso, y respeto a la dignidad de los pacientes. De esta forma, las tareas cotidianas de la práctica clínica, conllevan una serie de obligaciones y responsabilidades éticas para el profesional de la salud. A continuación se presentan los requerimientos éticos más importantes que todo especialista en el área de la salud debe tomar en cuenta y aplicar en su práctica clínica.

Consideraciones éticas en la relación con el paciente

Competencia mental

Reconocer en los enfermos mentales una competencia limitada, y en ningún caso desconocerla erróneamente o arbitrariamente impedir la autonomía del paciente.

Decisiones informadas

Mientras mayor cantidad de información reciba el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento, mayores serán las posibilidades de que él tome decisiones clínicas.

Confidencialidad

Salvaguardar la información que el paciente expresó durante el encuentro clínico con el especialista.

Veracidad

El paciente debe conocer verazmente todo lo que se relacione a su enfermedad para tomar decisiones médicas.

Principios éticos

Respeto por las personas

- Respetar la autonomía de las personas
- Proteger a las personas con autonomía disminuida o deteriorada.

Beneficencia

- Maximizar el beneficio y minimizar el daño en el tratamiento.
- No causar daño deliberadamente.

Justicia

Tratar a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado.

Solidaridad

Ser solidario con el paciente en situaciones en donde existan distintas necesidades.

Responsabilidad

Responder voluntariamente a las necesidades del paciente.

Pautas éticas para profesionales de la salud

- 1) El profesional de la salud estará dedicado a proveer cuidado clínico competente, con compasión y respeto por la dignidad y derechos humanos.
- 2) El profesional de la salud mantendrá los estándares de profesionalismo, deberá ser honesto en todas las interacciones profesionales, y estará dispuesto a reportar especialistas deficientes en carácter o competencia, o que están involucrados en fraude, ante las instancias apropiadas.
- 3) El profesional de la salud respetará los derechos de los pacientes, colegas, y otros profesionales de la salud, y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- 4) El profesional de la salud deberá continuar estudiando, aplicando y avanzando en el conocimiento científico, mantendrá un compromiso con la educación médica, dará información relevante a los pacientes, colegas, y al público, hará consultas y usará los talentos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.
- 5) El profesional de la salud deberá en la provisión del cuidado apropiado al paciente, excepto en emergencias, ser libre de escoger a quien servir, con quien asociarse, y el ambiente en el cual dar atención médica.
- 6) El profesional de la salud deberá reconocer la responsabilidad que tiene para participar en actividades que contribuyan al mejoramiento de la comunidad y el mejoramiento de la salud pública.
- 7) El profesional de la salud deberá, mientras cuida de un paciente, considerar como lo más importante la responsabilidad que tiene con el paciente.
- 8) El profesional de la salud deberá apoyar que todas las personas tengan acceso a la atención médica.

Derechos humanos de los enfermos mentales

- Recibir la mejor atención disponible en materia de salud y salud mental.
- Ser respetadas de acuerdo con la dignidad inherente a la persona humana.
- Contar con la protección que evite la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico y el trato degradante.
- No sufrir discriminación por su condición de enfermo mental.
- Ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que les permita el ordenamiento nacional.
- Nombrar un representante personal.
- Tener información sobre las normas que lo rigen y del personal que estará a cargo de su atención, si es que ingresa a un hospital.
- Gozar de un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro.
- Tener acceso a los servicios de laboratorio y gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno.
- Recibir información veraz, concreta y respetuosa.
- Negarse a participar como sujetos de investigación científica.
- Solicitar la revisión médica de su caso.
- Recibir un tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial.
- Comunicarse libremente con otras personas dentro y fuera del hospital.

Referencias

Akiskal H: Mood disorders: Introduction and Overview, in Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Edited by Sadock B, Sadock VA. Philadelphia, USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2000 pp 1284-1297

Akiskal HS: Bipolar depression: focus on phenomenology. *J Affect Disord* 2005b; 84(2-3): 105-106.

Akiskal HS: The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *J Affect Disord* 2005a; 84(2-3):107-15

American Psychiatric Association: Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Bipolar Disorder. 2 ed. Edited by Hirschfeld R. Arlington, Virginia, U.S.A, American Psychiatric Publishing, 2002

American Psychiatric Association: Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Major Depressive Disorders. 2 ed, Edited by Karasu TB. Arlington, Virginia, USA, American Psychiatric Publishing, 2005

American Psychiatric Association: Practice Guideline For The Treatment Of Patients With Suicidal Behaviors, 1 edition. Edited by Jacobs DG. Arlington, Virginia, USA, American Psychiatric Publishing, 2003

Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4:37

Asociación Psiquiátrica Americana: Trastornos del estado de ánimo, en Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, texto revisado. Barcelona, España, Masson-Doyma, 2002 pp 387-476

Atkins D, Briss P, Eccles M, Flottorp S, Guyatt G, Harbour R, Hill S, Jaeschke R, Liberati A, Magrini N, Mason J, Connell D, Oxman A, Phillips B, Schünemann H, Tan-Torres T, Vist G, Williams J: The GRADE Working Group: Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations II: Pilot study of a new system. *BMC Health Services Research* 2005; 5(1):25

Atkins D, Briss P, Eccles M, Flottorp S, Guyatt G, Harbour R, Hill S, Jaeschke R, Liberati A, Magrini N, Mason J, Connell D, Oxman A, Phillips B, Schünemann H, Tan-Torres T, Vist G, Williams J, The GRADE Working Group: Systems for grading the quality of evidence and the strength of recommendations I: Critical appraisal of existing approaches The GRADE Working Group. *BMC Health Services Research* 2004; 4(1):38

Bagby RM, Ryder A, Schuller D, Marshall M: The Hamilton Depression Rating Scale: Has the Gold Standard Become a Lead Weight? *Am J Psychiatry* 2004; 161(12):2163-2177

Beck AT, Brown G, Berchick R, Stewart B, Steer R: Relationship Between Hopelessness and Ultimate Suicide: A Replication With Psychiatric Outpatients. *Focus* 2006; 4(2):291-296

Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R: Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* 2005; 47(supl 1):4-11

- Blumenthal SJ: Suicide: a guide to risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients. *Med Clin North Am* 1988; 72(4):937-971
- Borges G, Holly W, Medina-Mora ME, Zambrano J, Blanco J, Walters E: Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental* 2005; 28(2):40-47
- Bostwick JM, Pankratz VS: Affective disorders and suicide risk: a reexamination. *Am J Psychiatry* 2000; 157(12):1925-1932
- Braunstein GD: The Endocrine Society Clinical Practice Guideline and The North American Menopause Society position statement on androgen therapy in women: another one of Yogi's forks. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(11):4091-4093
- Byram KT, Merriam A, Wang P: Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, in *Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders*. Washington, USA, American Psychiatric Association, 2002, pp 463-546
- Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Saldívar G: Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental* 1999; 22(2):7-17
- Cassano P, Fava M: Depression and public health: an overview. *J Psychosom Res* 2002; 53(4):849-857
- Dahm PR, Kunz, Schunemann H: Evidence-based clinical practice guidelines for prostate cancer: the need for a unified approach. *Curr Opin Urol* 2007; 17(3):200-207
- de Maat SM, Dekker J, Schoevers RA, de Jonghe F: Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007; 22(1):1-8
- Ellis P: Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38(6):389-407
- Espinosa-Aguilar A, Caraveo-Anduaga J, Zamora-Olvera M, Arronte-Rosales A, Krug-Llamas E, Olivares-Santos R, Reyes-Morales H, Tapia-Garcia M, Garcia-Gonzalez J, Doubova S: Clinical guideline for diagnosis and treatment of depression in elderly. *Salud Mental*, 2007. 30(6):69-80
- Faravelli C: Assessment of psychopathology. *Psychother Psychosom* 2004; 73(3):139-141
- Feinstein AR: A Classification of Medical Research, in *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. Edited by Feinstein AR. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1985b
- Feinstein AR: *Clinical Epidemiology: The Architecture of Clinical Research*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1985a
- Glassman AH, Pardell R, Woodring S: Cardiovascular effects of the standard tricyclic antidepressants. *Clin Chem* 1988; N(5):856-858

GRADE Working Group: Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004; 328(7454):1490

Gutierrez-Garcia AG, Contreras CM, Orozco-Rodriguez RC: Suicide: current concepts. *Salud Mental* 2006; 29(5):66-74

Guyatt GH, Oxman A, Vist G, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann H: GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008; 336(7650):924-926

Hamilton M: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62

Henry C, Sorbara F, Lacoste J, Gindre C, Leboyer M: Antidepressant-induced mania in bipolar patients: identification of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(4):249-55

Jacobsson L, Glitterstam K, Palm U: Objective assessment of anticholinergic side effects of tricyclic antidepressants. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1974; 255:47-53

Kates N, Mach M: Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. *Can J Psychiatry* 2007; 52(2):77-85

MacGillivray S, Arroll B, Hatcher S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, Williams B, Crombie I: Efficacy and tolerability of selective serotonin reuptake inhibitors compared with tricyclic antidepressants in depression treated in primary care: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326(7397):1014

Madhukar HT, Beverly AK: Algorithm for the treatment of chronic depression. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2001; 62:22

Malone KM, Oquendo M, Haas G, Ellis S, Li S, Mann J: Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *Am J Psychiatry* 2000; 157(7):1084-1088

Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H: Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005; 294(16):2064-2074

Martinez-Raga J, Keaney F, Sutherland G, Perez-Galvez B, Strang J: Treatment of nicotine dependence with bupropion SR: review of its efficacy, safety and pharmacological profile. *Addict Biol* 2003; 8(1):13-21

Medina-Mora ME, Borghes G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar S: Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4):1-16

Ministry of Health Services: GPAC: Guidelines and Protocols Advisory Committee. Depression (MDD) - Diagnosis and Management. British Columbia, Ministry of Health Services, 2004

Muller MJ, Himmerich H, Kienzle B, Szegedi A: Differentiating moderate and severe depression using the Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS). *J Affect Disord* 2003; 77(3):255-260

Muller MJ, Szegedi A, Wetzel H, Benkert O: Moderate and severe depression. Gradations for the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. *J Affect Disord* 2000; 60(2):137-140

Murray CJ, Lopez AD: Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349(9064):1498-1504

Organización Mundial de la Salud: Informe mundial sobre la violencia y la salud. Edited by Krug EG. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2003

Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2001

Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2001

Organización Mundial de la Salud: Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Editado por Saraceno B, Funk M. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2001

Organización Mundial de la Salud: Proyecto de política de salud mental. Paquete de orientación sobre política y servicios. Editado por Saraceno B, Funk M. Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud, 2001

Othmer E, Othmer SC, Othmer JP: 7.1: Psychiatric Interview, History, and Mental Status Examination, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition. Edited by Sadock BJ, Sadock VA. Lippincott Williams & Wilkins, 2005

Parikh SV, Lam RW: Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, I. Definitions, prevalence, and health burden. *Can J Psychiatry* 2001; 46(Suppl 1):13S-20S

Pinquart MP, Duberstein R, Lyness JM: Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006. 163(9):1493-1501

Ramchandani P, Stein A: The impact of parental psychiatric disorder on children. *BMJ* 2003; 327(7409):242-243

Reesal RT, Lam RW: Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. II. Principles of management. *Can J Psychiatry* 2001; 46(suppl 1):21S-28S

Remick RA: Anticholinergic side effects of tricyclic antidepressants and their management. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1988 12(2-3):225-31

Rush AJ: 13.7: Mood Disorders: Treatment of Depression, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition. Edited by Sadock BJ, Sadock VA. Lippincott Williams & Wilkins, 2005

Schunemann HJ, Hill SR, Kakad M, Bellamy R, Uyeki TM, Hayden FG, Yazdanpanah Y, Beigel J, Chotpitayasunondh T, Del Mar C, Farrar J, Tran TH, Ozbay B, Sugaya N, Fukuda K, Shindo N, Stockman L, Vist

GE, Croisier A, Nagjdaliyev A, Roth C, Thomson G, Zucker H, Oxman AD: WHO Rapid Advice Guidelines for pharmacological management of sporadic human infection with avian influenza A (H5N1) virus. *Lancet Infect Dis* 2007; 7(1):21-31

Secretaría de Salud: Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, Secretaría de Salud, 2007

Sewitch MJ, Blais R, Rahme E, Bexton B, Galarneau S: Receiving Guideline-Concordant Pharmacotherapy for Major Depression: Impact on Ambulatory and Inpatient Health Service Use. *Canadian Journal of Psychiatry* 2007; 52(3):191

Stewart DE: Physical symptoms of depression: unmet needs in special populations. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 7):12-16

Thase ME, Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, Reynolds CF 3rd, Pilkonis PA, Hurley K, Grochocinski V, Kupfer DJ: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(11):1009-1015

Thomas AP, Alfred JL: Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 2nd ed. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2002; 63(4):371

Üstün T, Sartorius N: Mental Illness in General Health Care: An International Study. England, Chichester, Wiley, 1995

Vieweg W, Wood MA: Tricyclic Antidepressants, QT Interval Prolongation, and Torsade de Pointes. *Psychosomatics* 2004; 45(5):371-377

Wells KB, Wells K, Stewart A, Hays R, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, Berry S, Greenfield S, Ware J: The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989; 262(7):914-919

Wierman ME, Basson R, Davis SR, Khosla S, Miller KK, Rosner W, Santoro N: Androgen therapy in women: an Endocrine Society Clinical Practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2006; 91(10):3697-710

World Health Organization: Guidelines for WHO Guidelines. Geneva, Switzerland, Global Programme on Evidence for Health Policy World Health Organization, 2003

Zimmerman M, McGlinchey JB, Young D, Chelminski I: Diagnosing major depressive disorder introduction: an examination of the DSM-IV diagnostic criteria. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194(3):151-154

DIRECTORIO SECTORIAL	DIRECTORIO INSTITUCIONAL
<p style="text-align: center;">SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p style="text-align: center;">INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ</p>
<p>Dr. José Ángel Córdova Villalobos Secretario de Salud</p> <p>Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud</p> <p>Dra. Maki Ortiz Dominguez Subsecretaria de Innovación y Calidad</p> <p>Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad</p>	<p>Dra. Ma. Elena Medina-Mora Icaza Directora General</p> <p>Mtra. Guillermina Natera Rey Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales</p> <p>Dr. Héctor Sentíes Castela Director de Enseñanza</p> <p>Dr. Francisco Pellicer Graham Director de Investigaciones en Neurociencias</p> <p>Dr. Armando Vázquez López-Guerra Director de Servicios Clínicos</p>
<p style="text-align: center;">CONSEJO NACIONAL DE SALUD MENTAL</p>	
<p>T.R. Virginia González Torres Secretaria Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental</p> <p>Ing. Luis Acosta del Lago Director de Normatividad y Coordinación Institucional</p> <p>Lic. Susana Moye Villar Directora de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental</p>	

