



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Guía sobre depresión (Actualización 2024)

Elaborado por

Médicos especialistas en psiquiatría

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. 10



**Guía de práctica clínica
basada en la evidencia
(GPC-BE) No. 10**

**Guía sobre depresión
(Actualización 2024)**

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica
clínica basadas en la evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en la
evidencia (GPC-BE)
GPC-BE No. 10 “Guía sobre depresión”
(Actualización 2024)
Edición 2024; págs. 100
IGSS, Guatemala.

Elaboración aprobada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-IGSS
Oficio No. 623 del 13 de enero de 2024

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia;
Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala

ISBN: 978-9929-795-94-5

Derechos reservados- IGSS-2024

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.



MSc Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Francisco Javier Gódinez Jerez
Subgerente de Prestaciones en Salud



Grupo de desarrollo 2015

Dra. Gladys Alvarado de Ochoa

Especialista en Psiquiatría

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. José Antonio Corrales Morales

Especialista en Psiquiatría

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Egmidio Enrique Mendoza Gaitán

Especialista en Psiquiatría

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Licda. Claudia Melgar Guzmán

Química Farmacéutica

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Priscilla Molina Morales

Jefa de Residentes

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Paula Méndez Bonilla

Residente III

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Jency Octavio Monterroso

Residente II

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales

Residente I

Centro de Atención Integral de Salud Mental

Licda. Consuelo Méndez Sánchez
Enfermera Profesional
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Revisor

Dr. Ricardo Poggio
Especialista Psiquiatría Policlínica
Centro de Atención Integral de Salud Mental



Grupo de desarrollo (Actualización 2024)

Revisor

Dr. Dennis Roberto Cuevas Morales

Psiquiatra coordinador local de guías
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Abner Jacobo Anton Miranda

Psiquiatra
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Gabriel Giorgis Pineda

Residente III
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Juan Miguel Arce Leonardo

Residente III
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Vilma María Martínez Díaz

Residente II
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dra. Irene Alejandra Luna Girón

Residente I
Centro de Atención Integral de Salud Mental

Dr. Kevin Fernando Rosal Arteaga

Residente I
Centro de Atención Integral de Salud Mental



Comisión de guías de práctica clínica basadas en la evidencia

Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales

Jefe de Departamento

Departamento de Medicina Preventiva

Dr. Edgar Campos Reyes

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika López Castañeda

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Ana Cristina Arévalo Díaz

Departamento de Medicina Preventiva

Subgerencia de Prestaciones en Salud



Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.



Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en la evidencia?

Podría resumirse como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez que esta ha sido sometida a una revisión crítica y exhaustiva. Sin la experiencia clínica individual, la práctica médica se convertiría rápidamente en una tiranía; pero sin la investigación científica, quedaría obsoleta de inmediato. En esencia, se busca aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo es contar con la mejor evidencia científica disponible para aplicarla a la práctica clínica.

Por lo tanto, puede afirmarse que las guías de práctica clínica basadas en la evidencia son documentos en los que se recopilan y presentan las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios, incluyendo médicos, paramédicos, pacientes y público en general.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el nivel de la evidencia, y determinan la calidad de una intervención, así como su beneficio neto en contextos locales. (Tabla 1)

El nivel de la evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de

una intervención en salud. Se aplica a las pruebas o estudios de investigación, como puede verse en la tabla publicada por la Universidad de Oxford (Tabla 2).

Tabla 1. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendable favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de la evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de Traumatología y Ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Recuperado de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Tabla 2. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de la evidencia	Fuente
A	1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3a	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	4	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & Uceda Carrascosa, P. (2012). Niveles de la evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Recuperado de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

* Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.

**All or none (Todos o ninguno): Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

En las guías de práctica clínica publicadas por el IGSS, el lector encontrará, en el margen izquierdo del contenido, el nivel de evidencia (de **1a a 5**, en números y letras minúsculas) correspondiente a los resultados de los estudios que sustentan el grado de recomendación de buena práctica clínica. Este grado de recomendación se indica en el margen derecho del texto (letras **A, B, C, D y √** siempre en mayúsculas), de acuerdo con la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada con base en el contenido de las mejores evidencias documentadas, obtenidas a partir de revisiones sistemáticas exhaustivas de estudios relacionados con la atención sanitaria, diagnósticos y terapéuticas farmacológicas y otras intervenciones.

Las guías de práctica clínica no pretenden establecer un protocolo rígido en el que deban cumplirse todos los puntos, sino presentar un modelo ideal que sirva como referencia flexible, basado en la mejor evidencia disponible.

Las guías de práctica clínica basadas en evidencia, revisadas para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés: *Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe*), el cual evalúa tanto la calidad de la información contenida en el documento como la idoneidad de ciertos aspectos de las recomendaciones. Esto permite ofrecer una



valoración basada en criterios de validez aceptados, conocidos actualmente como “los elementos esenciales de las buenas guías”, que incluyen la credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, enfoque multidisciplinario, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica fue creado con el propósito de servir como una herramienta de apoyo en la toma de decisiones clínicas. Una guía de práctica clínica (GPC) no ofrece respuestas para todas las situaciones que surgen en la práctica diaria. La decisión final sobre un procedimiento clínico, diagnóstico o tratamiento dependerá de cada paciente en particular, así como de las circunstancias y valores implicados. De ahí la importancia del juicio clínico individual.

Este programa también busca reducir la variabilidad en la práctica clínica y ofrecer a los profesionales, tanto de los equipos de atención primaria como del nivel especializado, un referente con el cual comparar su práctica.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de profesionales –especialistas y médicos residentes– que, día a día, realizan una labor tesonera en las distintas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la Comisión de Guías de Práctica Clínica (GPC-BE), perteneciente a los proyectos educativos de la Subgerencia de Prestaciones en Salud, y con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, ya que implica muchas horas de investigación y trabajo, con el objetivo de presentar, con sencillez y claridad, los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se ponen a disposición en cada uno de los ejemplares publicados.

Este esfuerzo refleja la filosofía de servicio de esta institución, la cual se fortalece al poner a disposición de los lectores un producto elaborado con esmero y con un alto nivel científico, aplicable, práctico y de fácil consulta.

Las GPC-BE aportan información valiosa y actualizada, pero no son determinantes para la incorporación de medicamento, tratamientos o procedimientos innovadores. La solicitud de inclusión, modificación o exclusión de medicamentos al Listado Básico de Medicamentos del Instituto debe realizarse de acuerdo a la normativa institucional vigente.

El IGSS tiene el privilegio de ofrecer a sus profesionales, al personal paramédico y a todos los servicios de apoyo esta guía, con el propósito de colaborar en los procesos de atención a los pacientes, en la formación académica de las nuevas generaciones y en el fortalecimiento de la investigación científica y docente que se desarrolla en el quehacer diario de la institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2024*



Abreviaturas

ADT	Antidepresivo tricíclico
ASG	Antipsicóticos de segunda generación
BDI	Inventario de Depresión de Beck
CAISM	Centro de Atención Integral de Salud Mental
CES-D	Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades 11va edición
DASS-21	Escala de Depresión, ansiedad y estrés-21
DMS-5 TR	Manual de Trastornos Mentales 5ta edición Revisión del Texto
ECP	Estimulación cerebral profunda
EMT	Estimulación magnética transcraneal
GABA	Ácido Gamma-aminobutírico
HADS	Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión
HAM-D	Escala de Depresión Hamilton
HHS	Hipotálamo-hipófisis-adrenal
IMAO	Inhibidores de la monoaminooxidasa

IRSN	Inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina
ISRS	Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
MADRS	Inventario de Depresión de Montgomery-Åsberg
PHQ-9	Cuestionario de Salud del Paciente-9
SSIHA	Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética
TEC	Terapia electroconvulsiva
TO	Terapia Ocupacional



Índice

1. Introducción	1
2. Objetivos	5
3. Metodología	7
4. Contenido	11
5. Anexos	47
6. Glosario	59
7. Referencias bibliográficas	65



1. Introducción

La depresión es una enfermedad mental, cada vez más frecuente en las sociedades desarrolladas, que afecta a personas de todas las edades.

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos —esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida—, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

La diferencia entre un decaimiento pasajero y la enfermedad mental conocida como depresión estriba en que, en este último caso, el enfermo no puede superar el desánimo, la dolencia se hace cada vez más profunda y al cabo de un tiempo, disminuye su capacidad de desenvolverse en la vida diaria, tanto en el plano mental como en el de la funcionalidad.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, es frecuente encontrar dificultad en establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades

psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintéticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos y con algunas enfermedades somáticas.

Cada año, el número de personas que padecen depresión va en aumento. El costo en términos económicos es alto, pero el costo en términos de sufrimiento es mayor.

De los datos recopilados en el informe estadístico del Centro de Atención Integral de Salud Mental del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, observamos que en el año 2006 se atendieron 25,805 pacientes en consulta externa, con un total de 11,069 con diagnóstico de depresión, siendo un 43% de las patologías tratadas.

Según el Departamento de Estadística, la depresión ocupa una de las diez causas principales de enfermedad en la población tratada en 2006.

La depresión es una enfermedad común médica y eminentemente tratable, está asociada con un deterioro social y funcional, así como altos costos directos e indirectos, sobre el cuidado de la salud.

La elaboración de la guía clínica basada en la evidencia es importante para definir criterios y estrategias a seguir en los distintos niveles de atención dentro del Instituto. No se pretende abarcar el tratamiento de depresión en niños y adolescentes,



ya que la cobertura en nuestro medio es limitada. También hemos excluido casos individuales de comorbilidad específica, como depresión post-parto, depresión secundaria a medicamentos, etc.

2. Objetivos

General

Facilitar un instrumento que sea de manejo fácil y accesible para el personal médico y paramédico al momento de evaluar pacientes con sospecha de depresión mayor unipolar. De esta forma poder realizar una revisión sobre el diagnóstico, análisis y tratamiento; asimismo verificar confiable información y reconocer en qué momento referir. Con el objetivo de ofrecer una mejor atención en la cual sobre todo exista calidad para prevenir de forma oportuna complicaciones para el paciente y, sobre todo, proporcionar tratamientos oportunos para mejorar la funcionalidad del paciente en su entorno social, laboral y personal.

Específicos

1. Crear indicaciones terapéuticas de fácil entendimiento, para la adecuada evaluación de paciente con depresión mayor unipolar, acorde al entorno asociado a médicos y paramédicos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
2. Brindar información verídica, clara y concisa sobre terminología asociada a depresión mayor unipolar
3. Facilitar al evaluador la comprensión y la asociación sobre lo que el paciente informa y guiar de forma concisa sobre el plan terapéutico que sea de mayor beneficio para el afiliado.

4. Ofrecer información práctica sobre el plan terapéutico a continuar, así como las distintas metodologías terapéuticas y diagnósticas que se pueden evaluar durante el proceso.

3. Metodología

Definición de preguntas

General

¿Cuáles son los instrumentos de manejo accesible para el personal médico y paramédico al momento de evaluar pacientes con sospecha de depresión mayor unipolar?

Específicas

- ¿Cuáles son las indicaciones terapéuticas para la evaluación de pacientes con depresión mayor unipolar?
- ¿Cómo obtener información sobre depresión mayor unipolar?
- ¿Cómo obtener información sobre el plan terapéutico para el paciente con depresión?

Criterios de inclusión de los estudios

- Estudios con base científica confiable, en idiomas español e inglés, con fechas de publicación: de 2004 a 2024.
- Estudios retrospectivos, analíticos, revisión sistemática de la literatura, artículos de revisión y consenso de expertos.

Criterios de exclusión de los estudios

- Artículos y publicaciones que impliquen algún costo.

Estrategia de búsqueda: Consultas electrónicas a las siguientes referencias: Google académico, www.pubmed.com, www.bjm.com, www.cochrane.org, www.clinicalevidence.com, www.hinary.org

Otras fuentes bibliográficas: revistas internacionales, libros de texto, Guías de Práctica Clínica, entre otras.

Palabras clave: Trastorno de depresión, escalas de depresión, ansiedad, estrés, inhibidores de la monoaminoxidasa, terapia electroconvulsiva, terapia ocupacional, inventario de Depresión de Beck.

Población diana: Personas afiliados, beneficiarias y derechohabientes que asisten a las unidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Usuarios de la guía: Profesionales médicos generales, residentes y especialistas, personal de enfermería y paramédico.

Implicaciones para la práctica: Aspectos en los que se quiere influir mediante el uso de esta GPC.

Limitaciones en la revisión de la literatura

Plataformas con costo para el acceso a artículos.

Tiempo para reuniones del grupo por actividades laborales.

Estudios basados en evidencia en población guatemalteca.



Fecha de actualización, revisión y año de publicación de esta guía

Actualización enero 2024

Revisión diciembre 2024

Publicación 2025



4. Contenido

Historia de la depresión

El origen de la depresión se remonta a la antigua Mesopotamia, donde se le consideraba una enfermedad espiritual causada por demonios (Reynolds & Wilson, 2013)

Diferentes culturas antiguas, incluidas la china, la griega, la babilónica y la egipcia, atribuían ciertos padecimientos a causas sobrenaturales, creyendo que estos eran provocados por la posesión de demonios. Como consecuencia, los tratamientos variaban considerablemente: desde métodos agresivos, como restricciones físicas, golpizas y privación de alimentos, hasta prácticas más cuidadosas, como masajes, baños, música, dieta y ejercicios. Este enfoque integral, adoptado por griegos y romanos, que incluía también el uso de extractos de plantas como la amapola, buscaba restablecer la armonía corporal y mental de la persona (Tipton, 2014).

Hipócrates formuló la teoría de los cuatro humores, sosteniendo que la depresión, conocida como melancolía, era consecuencia de un desequilibrio en los fluidos corporales: flema, bilis negra, bilis amarilla y sangre. Cicerón, por su parte, consideró que la ira, el miedo y el duelo podían causar esta enfermedad. Años después, Celso propuso métodos como la inanición, los grilletes y las golpizas como tratamientos para corregir estos desequilibrios (Tesařová, 2018).

En la Edad Media, el médico persa Rhazes propuso que el origen de la depresión estaba en el cerebro y utilizó técnicas como el refuerzo positivo para mejorar el comportamiento de sus pacientes. Con la llegada de la Ilustración, sin embargo, la depresión comenzó a ser vista como un defecto innato e irreparable del carácter, lo que llevó a la práctica del encierro o destierro de las personas afectadas. En este mismo periodo, algunos médicos también consideraron que la agresión era una causa importante de este trastorno (Rössler, 2016).

En 1895, Emil Kraepelin realizó una clasificación de las enfermedades mentales que permitió diferenciar la depresión maníaca de la demencia precoz, contribuyendo significativamente al desarrollo de la psiquiatría moderna (Mondimore, 2005).

En 1917, Freud propuso que la depresión era la respuesta a una pérdida, ya fuera real, simbólica o imaginaria, lo que llevaría al individuo a desarrollar un auto-odio debido al enojo inconsciente relacionado con la pérdida. Para tratar este trastorno, Freud sugirió el uso del psicoanálisis (De Sousa, 2011).

En los años 50, se introdujo una clasificación de la depresión, diferenciando entre la depresión endógena, de origen genético y la reactiva, causada por factores externos. Durante este periodo, se descubrió que la isoniacida, un medicamento utilizado para tratar la tuberculosis, también tenía efectos positivos en algunos pacientes con depresión. Más tarde, en los años 60 y 70, las teorías cognitivas, como la propuesta

por Aaron Beck, comenzaron a interpretarse como factores causales en la depresión. Además, el término “episodio depresivo mayor” fue introducido en los Estados Unidos en los años 70 y se incorporó al DSM-III en los años 80 (Schimelpfening, 2023).

Cifras de la Organización Mundial de la Salud destacan que la depresión constituye un problema importante de salud pública, más del 4% de la población mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, los jóvenes y los ancianos.

Cada año se suicidan más de 700 000 personas. El suicidio es la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Más del 75% de las personas afectadas en los países de ingreso bajo y mediano no reciben tratamiento alguno aproximadamente 280 millones de personas sufren depresión 5,7% de los adultos mayores de 60 años. (World Health Organization, 2023)

Epidemiología

La prevalencia del trastorno depresivo oscila entre el 5% en los adultos, siendo el 4% en varones y entre el 6% en mujeres. Si se toma en cuenta únicamente a los adultos mayores a los 60 años de edad se observa una prevalencia de 5.75%.

La depresión afecta a un estimado de 280 millones de personas, llegando a suicidarse una cantidad mayor a 700 mil afectados. (World Health Organization, 2023)

Neurobiología

5

En el transcurso de la historia los investigadores han buscado diversos métodos para entender cómo y porqué los pacientes se comportan como lo hacen, esta tarea se hace aún más difícil desde que se entiende que la depresión es de causa multifactorial, sin embargo, se ha tratado de unificar causas que lleven a una conclusión en común a modo de suposición.

D

Se ha observado que los pacientes con depresión presentan un eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHS) hiperactivo. Se ha detectado niveles elevados de cortisol tanto en la orina como en el plasma de estos pacientes. Esta hipercortisolemia es debido a un aumento de la hormona liberadora de corticotropina, así como a una disminución en la inhibición por retroalimentación de dicho eje. Además, estudios post mortem han encontrado un aumento del número de neuronas, lo que puede corresponder al aumento de la actividad, posiblemente por el estrés crónico.

En la fisiopatología de este mecanismo encontramos, disminución del tono inhibitorio de la serotonina, aumento de la noradrenalina, acetilcolina, hormona liberadora de corticotropina y una disminución de la inhibición del mecanismo inhibitorio de retroalimentación del eje. En algunos estudios se ha encontrado que el trauma a temprana edad puede provocar atrofia o disminución del parénquima cerebral y llevar a este desbalance.



Además del eje mencionado, pueden verse afectados otros ejes del sistema endocrino, relacionados al eje tiroideo. En estos pacientes, entre el 5 y el 10% pueden presentar concentraciones elevadas de TSH. En algunos pacientes se ha encontrado disminución en el factor neurotrófico derivado del cerebro, la actividad del gen que activa este factor disminuye con el estrés crónico, así como la neurogénesis.

En un trastorno de ansiedad hay alteración del ciclo circadiano por lo que hay una pérdida prematura del sueño profundo y aumento de la vigilia nocturna, esto lleva a que haya aumento en los despertares nocturnos, disminución de las horas conciliatorias de sueño, aumento de latencia del sueño en fase de movimientos oculares rápidos, así como aumento de la temperatura corporal central.

El ácido gamma-aminobutírico (GABA) tiene un efecto inhibitor sobre las vías monoaminérgicas principalmente en los sistemas mesolímbicos y mesocortical. Se ha observado un descenso en los niveles de GABA, en su mayoría provocado por el estrés crónico. A su vez, hay un aumento de neurotransmisores excitatorios como el glutamato y la glicina, los cuales se unen a sitios asociados al receptor N-metil-D-aspartato (NMDA). El exceso de estimulación glutamatérgica provoca neurotoxicidad, lo que genera efectos neurocognitivos negativos que se explican con la sintomatología de la depresión. Además, se ha encontrado una disminución de la serotonina, noradrenalina y dopamina. (Boland, Verduin & Ruiz, 2022)

Historia clínica

1b

Durante la toma de la historia clínica, es importante enfatizar los aspectos que deben ser indagados con el paciente, preferiblemente de forma indirecta, con el fin de verificar los criterios diagnósticos y de clasificación del episodio depresivo según el CIE-11. Es importante indagar el estado de ánimo, el goce de actividades que previamente resultaban placenteras y el grado de funcionalidad en su entorno general. Asimismo, se debe indagar sobre la capacidad de concentración, la opinión acerca de su persona asociado a sentimientos de inutilidad y culpabilidad por alguna situación en específico, con incertidumbre hacia su futuro personal. También es necesario evaluar alteraciones en el sueño, cambios en los hábitos alimenticios (ya sea aumento o pérdida del apetito) y variaciones en el peso corporal. Por último, debe prestarse especial atención a la presencia de ideas o intentos suicidas, así como a conductas o pensamientos autolesivos.

A

La fluctuación en el estado de ánimo depresivo es cambiante y generalmente no responde a cambios en el entorno, aunque puede mostrar patrones diarios típicos que pueden ser identificables por el paciente o por las personas cercanas que conviven con los mismos. La presentación clínica puede ser diferente en cada episodio y en cada persona. Las formas atípicas son especialmente comunes principalmente en la adolescencia. En algunos casos, los síntomas predominantes pueden ser ansiedad, malestar o agitación psicomotriz en lugar de la depresión típica.



Cabe recordar que la depresión no solamente puede verse con llanto, sino también puede presentarse con “máscaras” como irritabilidad, o el exceso del consumo de sustancias, siendo las más conocidas el alcohol, la cocaína, la marihuana y el crack con la finalidad de obviar la sintomatología actual. Además, puede observarse en forma de una felicidad excesiva, al convertirse en el centro de atención de un grupo social, acompañada de un exceso de energía, exacerbación de fobias. Para diagnosticar un episodio depresivo, de cualquier gravedad, generalmente se requiere que los síntomas persistan durante al menos dos semanas, aunque períodos más cortos podrían considerarse si los síntomas son especialmente severos o surgen de manera repentina.

Se puede considerar el siguiente interrogatorio básico y breve sobre síntomas depresivos para el paciente:

Preguntas para tamizaje de trastornos depresivos:

- ¿Se ha sentido cansada(o), decaída(o) casi todos los días?
- Se ha sentido triste, deprimida(o), pesimista, ¿casi todos los días?
- ¿Siente que ya no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

Examen físico

Se realiza un examen físico de rutina. Iniciando con signos vitales de forma rutinaria y como parte del examen médico general. (Ministerio de Salud de Chile, 2006)

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos para el episodio depresivo unipolar se obtienen según la guía internacional y la clasificación internacional de enfermedades 11 (CIE-11)

- o Criterios generales para episodio depresivo
 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.
- o Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas
 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día, casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y persiste durante al menos dos semanas.
 2. Pérdida marcada de los intereses o de la capacidad de disfrutar de

actividades que anteriormente eran placenteras.

3. Falta de vitalidad o aumento de la fatiga.
- o Además, debe estar presente uno o más de la siguiente lista para que la suma total sea de al menos cuatro:
1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisión, vacilaciones.
 4. Cambios en la actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
 5. Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- o Puede haber o no Síndrome Somático
1. Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras.

2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
3. Despertarse en la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual.
4. Empeoramiento matutino del humor depresivo.
5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación.
6. Pérdida marcada del apetito.
7. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes.
8. Notable disminución del interés sexual.

Clasificación de la entidad según la clasificación CIE-11

o **F32 Episodio depresivo**

“En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima



y la confianza en sí mismo y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.” CIE 11

Incluye: episodios únicos de:

- depresión psicógena
- depresión reactiva
- reacción depresiva

- o **Excluye:** cuando se asocia con trastornos de la conducta en F91. – (F92.0)
trastornos de adaptación (F43.2)
trastorno depresivo recurrente (F33)

o **F32.0 Episodio depresivo leve**

Dos o tres de los síntomas antes descritos.
El paciente generalmente está tenso, pero

probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

o **F32.1 Episodio depresivo moderado**

Presentan cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

o **F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.

Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- agitada
- profunda
- vital

o **F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos**

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades

sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo.

Episodios únicos de:

- depresión profunda con síntomas psicóticos
- depresión psicótica
- psicosis depresiva psicógena
- psicosis depresiva reactiva

o **F32.8 Otros episodios depresivos**

Depresión atípica

Episodios únicos de depresión
“enmascarada” SAI

o **F32.9 Episodio depresivo, no especificado**

Depresión SAI

Trastorno depresivo SAI

Según presentación clínica depresiva, se considera pertinente valorar estudios especializados para descartar posibles afecciones que puedan generar confusión respecto al origen de los síntomas depresivos y en ocasiones síntomas físicos. Entre estos estudios se incluyen: electrocardiograma, electroencefalograma, panel de drogas, perfil lipídico, tomografía cerebral computarizada, prueba de VIH, test de embarazo, electrolitos en sangre y test psicológicos.

Recomendaciones operativas para el diagnóstico

Es necesario llevar un orden al momento de la evaluación mental. No olvidar que es necesario realizar una inspección básica sobre signos vitales del paciente e indagar por sintomatología física reciente. En segundo lugar, se debe explorar la historia clínica que pueda orientar hacia un episodio depresivo, así como investigar la sintomatología actual, la funcionalidad, la frecuencia, la temporalidad y la intensidad de los síntomas. Posteriormente realizar el examen mental, el cual se basa en objetivos observables y analizables en el paciente.

Realizar ejercicio mental sobre qué criterios cumple para el episodio depresivo y poder encuadrar hallazgos en este diagnóstico, sin olvidar los especificadores que se puedan encontrar los cuales se encuentran a continuación, basándonos en el DSM-5 TR y clasificación del CIE-11. Se puede reforzar el diagnóstico respaldando con pruebas diagnósticas, escalas.

Por último, valorar qué tipo de tratamiento es el más adecuado según análisis de datos obtenidos entre envío para atención de emergencia inmediata para valorar proceso de hospitalización, consulta al departamento de psiquiatría y psicología o tratamiento farmacológico (Ministerio de Salud de Chile, 2006).

Cuestionarios y escalas de autoevaluación

1. Inventario de Depresión de BECK (BDI)

2b

B

- **Calificación:** Esta se compone de 21 ítems, cada uno puntuado de 0 a 3. Los pacientes seleccionan respuestas basadas en cómo se han sentido en las últimas dos semanas. La puntuación total varía de 0 a 63.
- **Puntajes:**
 - o 0-13: Depresión mínima
 - o 14-19: Depresión leve
 - o 20-28: Depresión moderada
 - o 29-63: Depresión severa
- **Acceso:** requiere licencia
(Ospina & Patiño, 2021)
(Maldonado Avendaño & Reyes Rodríguez, 2021)

5

2. Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D)

D

- **Calificación:** La HAM-D se realiza a través de una entrevista por un profesional de la salud. Los ítems se puntúan de 0 a 4 o de 0 a 2, dependiendo de la pregunta.
- **Puntajes:**
 - o 0-7: Normal
 - o 8-13: Depresión leve
 - o 14-18: Depresión moderada
 - o 19-22: Depresión severa

o 23 o más: Depresión muy severa

- **Acceso:** esta escala es de **acceso pagado**

(Scribd, 2024)

2b

3. Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)

B

- **Calificación:** Autoaplicable con 9 ítems puntuados de 0 (nunca) a 3 (casi todos los días) según la frecuencia de los síntomas en las últimas dos semanas.

- **Puntajes:**

- o 0-4: Ninguna o mínima depresión
- o 5-9: Depresión leve
- o 10-14: Depresión moderada
- o 15-19: Moderadamente severa
- o 20-27: Depresión severa

- **Acceso:** es de acceso libre

- **QR**



(Hidalgo & Trujillo, 2021) (Sierra Salazar & Castillo Martínez, 2021)



4. Inventario de Depresión de Montgomery-Åsberg (MADRS)

2b

- **Calificación:** Conformada por 10 ítems puntuados de 0 a 6, administrados por un profesional de la salud.

B

- **Puntajes:**

- o 0-6: Normal
- o 7-19: Depresión leve
- o 20-34: Depresión moderada
- o 35-60: Depresión severa

- **Acceso:** la escala requiere licencia (Hernández & Martínez, 2022)

5. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21)

2b

- **Calificación:** Conformada por 21 ítems autoaplicables. Las respuestas se puntúan de 0 a 3 y se multiplican por 2 para obtener el puntaje final.

B

- **Puntajes para depresión:**

- o 0-9: Normal
- o 10-13: Leve
- o 14-20: Moderada
- o 21-27: Severa
- o 28+: Muy severa

- **Acceso:** es de acceso libre

- QR:



(Torres & Pérez, 2023)

(Gutiérrez Cordero & Ramos López, 2023)

5

6. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

D

- **Calificación:** Se compone de 14 ítems divididos en dos subescalas (ansiedad y depresión). Los ítems se puntúan de 0 a 3.
- **Puntajes para cada subescala:**
 - o 0-7: Normal
 - o 8-10: Leve
 - o 11-14: Moderada
 - o 15-21: Severa
- **Acceso: acceso pagado**

(Scribd, 2024)

(Rojas & Martínez, 2023)

5

7. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

D

- **Calificación:** Consta de 20 ítems que evalúan la frecuencia de síntomas en la

última semana, puntuados de 0 (rara vez o nunca) a 3 (casi siempre).

- **Puntajes:**
 - o 0-15: Sin depresión significativa
 - o 16-20: Depresión leve
 - o 21-30: Depresión moderada
 - o 31-60: Depresión severa
- **Acceso:** es de acceso libre
- **QR**



(Scribd, 2024)

Terapéutica

No farmacológica

5

Se utilizan técnicas psicológicas por profesionales capacitados y de amplia experiencia obteniendo respuestas favorables en el tratamiento de la depresión.

D

En cualquier intervención psicológica todos los profesionales de la salud deben desarrollar y mantener una alianza terapéutica apropiada, ya que esto está asociado con un resultado positivo independientemente del tipo de terapia que se utilice.

Terapia individual

Es una técnica que se utiliza para brindar apoyo rápido y concreto a aquellos pacientes que, por el contexto en que se encuentran, no pueden recibir un tratamiento más prolongado y profundo para sus problemas. Su objetivo es llevar al paciente a un equilibrio emocional lo más rápidamente posible, eliminando los síntomas y estableciendo un nivel propicio de funcionamiento. Además, se busca fortalecer las defensas existentes y desarrollar mejores mecanismos de control. Sus técnicas son utilizadas e implementadas por profesionales entrenados, constituyéndose así en una terapia principal. (Bellak & Walkup, 1993)

Terapia de grupo

Método utilizado por uno o varios terapeutas, en el cual se reúnen dos o más personas, denominadas pacientes, de forma más o menos permanentes. Estas pueden organizarse en estructuras abiertas o cerradas, y ser heterogéneas en cuanto a diagnóstico y género. La participación es voluntaria y las personas reunidas interactúan e interrelacionan con fines psicoterapéuticos. (Cox, Vinogradov & Yalom, 2008)

Biodanza

3a

Es un sistema de integración y desarrollo humano basado en vivencias inducidas por la música, el movimiento y la emoción, con el fin de ayudar a la solución de conflictos interiores y al desenvolvimiento armónico de la personalidad. Se utilizan ejercicios y músicas organizadas con el fin de aumentar

B



la resistencia al estrés, promover la renovación orgánica y mejorar la comunicación.

La práctica periódica de la biodanza ayuda a superar enfermedades como el estrés, la depresión, la falta de deseo sexual o los trastornos de la alimentación. Además, fomenta el disfrute de los actos simples de la vida cotidiana como hablar y comer. Asimismo, potencia la sinceridad y la espontaneidad de la persona.

La biodanza tiene como objetivo trabajar con la parte sana del individuo y fortalecer las áreas sanas del ser humano, no tiene edad, sexo, escolaridad al buscar el contacto.

Además, incorpora la interacción social, estimulación sensorial, coordinación motora y aspectos culturales, cognitivos y emocionales. La biodanza se refiere a los movimientos que se realizan con el cuerpo a partir de la música y también es considerado como terapia del movimiento como un proceso que mejora la integración emocional, social, física y cognitiva. Las sesiones son realizadas en grupo y se combinan ejercicios sensoriales, emocionales y motores.

Se ha visto que la biodanza puede disminuir los síntomas de depresión, ansiedad y puede mejorar la calidad de vida, la sensación de sentirse bien y mejorar la percepción de la imagen corporal. También permite mejorar las habilidades sociales, incrementa la calidad del sueño y reduce los niveles de estrés. Se ha demostrado, según un estudio realizado con 95 participantes, que sí hay diferencias significativas

respecto a un efecto positivo en síntomas de depresión y estrés. (López Rodríguez, et al, 2017)

Musicoterapia

1a

Es una técnica terapéutica que utiliza la música en todas sus formas con participación activa o receptiva por parte del paciente (Congreso Mundial de Musicoterapia, París, 1974).

A

La musicoterapia se puede definir como el uso clínico e informado de la evidencia de las intervenciones musicales para lograr objetivos individualizados dentro de una relación terapéutica con el fin de lograr las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Debe de ser ofrecida por un musicoterapeuta capacitado y calificado con conocimientos en psicología, medicina y música.

Con la musicoterapia se intenta hacer llegar al cerebro unos estímulos que le lleven a una relajación o anulación de los que reproducen la enfermedad a través de diversas melodías con las que se pueden conseguir efectos sorprendentes. Se puede trabajar cualquier tipo de problemática emocional abriendo canales de comunicación.

Se ha visto que la musicoterapia o el escuchar música está fuertemente asociado con la reducción de los niveles de estrés por la disminución de la excitación fisiológica, debido a que disminuye los niveles de cortisol, la frecuencia cardíaca y presión arterial. Así mismo, la música también puede reducir las emociones, sentimientos negativos, preocupación



subjetiva, la ansiedad, inquietud o nerviosismo y aumentar las emociones y sentimientos positivos. Se ha demostrado que la música modula la actividad de las estructuras cerebrales, como en la amígdala en el sistema nervioso mesolímbico el cual está involucrado en procesos emocionales y motivacionales.

Además, se ha demostrado que la aplicación de la musicoterapia en grupo puede ser positiva ya que puede resultar en la sincronización entre los miembros del grupo, lo que conduce a sentimientos positivos de unión y vinculación. Estos sentimientos de unión se dan por la liberación de los neurotransmisores endorfina y oxitocina, que desempeñan un papel importante en la respuesta defensiva al estrés. Se ha demostrado que escuchar música puede ayudar a reducir los niveles de estrés a través de su calidad ya que puede causar distracción a los sentimientos o pensamientos que aumentan los niveles de estrés. (De Witte, et al, 2022)

Psicodrama

2c

Es una técnica global que integra el cuerpo, las emociones y el pensamiento. El psicodrama abarca los siguientes aspectos: la parte corporal, las emociones, los sentimientos y la comunicación verbal, con énfasis particular en la acción corporal para reforzar los sentimientos y las emociones. Fue creado por Jacob Levy Moreno. El psicodrama, en su metodología contempla tres etapas: caldeamiento, dramatización y compartimento. (Blanco, et al. 2021)

Es un método terapéutico que utiliza el juego de roles como medio para corregir y ampliar la percepción.

5

La representación de roles permite una satisfacción parcial de necesidades o deseos reprimidos por la familia, la sociedad y la cultura.

Utiliza técnicas dramáticas para ejercer una acción terapéutica sobre las personas, se utiliza en pacientes que presentan síntomas y problemas personales para intentar modificar sus dificultades emocionales en grupos no muy grandes de preferencia. Es una técnica psicoterapéutica.

El psicodrama consiste en la representación por parte del paciente de acontecimientos pasados o futuros, reales o imaginarios, externos o internos, experimentándose al máximo como si estuvieran ocurriendo en el presente, se utilizan diversas técnicas dramáticas. Esta técnica se utiliza con los siguientes objetivos: darse cuenta de los propios pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas; mejorar la comprensión de las situaciones desde los puntos de vista de otras personas de nuestra imagen; descubrir la posibilidad y capacidad de nuevas opciones de conducta; ensayar, aprender y prepararse para actuar las conductas o respuestas más convenientes ante una situación. (Obst Camerini, 2014)

Terapia ocupacional

2c

La Terapia ocupacional (TO) es definida por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en 1968 como “El arte y la ciencia de dirigir la respuesta del hombre a la actividad seleccionada para favorecer y mantener la salud, para prevenir la

B



incapacidad, para valorar la conducta y para tratar o adiestrar a los pacientes con disfuncionalismos físicos o psicosociales”.

La TO es el uso terapéutico de las actividades de cuidado, trabajo y juego para incrementar la independencia funcional, aumentar el desarrollo y prevenir la incapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o del entorno para alcanzar la máxima independencia y aumentar la calidad de vida. Tiene como objetivo disminuir o prevenir las discapacidades y obstáculos que aparecen como consecuencia de trastornos físicos, psíquicos, sensoriales o sociales impidiendo que la persona se desenvuelva con independencia en su medio y restaurar la función perdida, mejorando las capacidades residuales y adaptación en medio de las necesidades de la persona. (Jiménez, 2000)

Psicoterapia Gestalt

2c

Un enfoque psicoterapéutico de contacto fenomenológico, existencial, integrativo y experiencial, en donde el proceso y el diálogo giran en torno a una actitud de coparticipación espontánea y creativa, de los involucrados en una dinámica de apoyo (confianza) y confrontación (perturbación) con la libertad y la responsabilidad, del ser auténtico y su autoactualización.

B

La psicología de la forma, o psicología de la Gestalt se encargó del estudio de los fenómenos perceptivos, creando y desarrollando el concepto

de “figura-fondo”. Este se basa en la idea que los seres humanos pueden percibir totalidades; aunque es posible distinguir entre figura y fondo, ambos elementos son indisolubles que a pesar de ello se puede destacar la percepción del fondo. Por lo tanto, a la percepción de esta totalidad se le denominó Gestalt. (Carmona Castaño, 2021)

Terapia psicoanalítica

Proceso mediante el cual los sentimientos, pensamientos y necesidades inconscientes se hacen conscientes a través de las diferentes técnicas que el terapeuta emplea en el comportamiento del paciente. Los métodos empleados para llevar lo inconsciente a lo consciente fueron originalmente desarrollados por Sigmund Freud. Este proceso debe ser llevado a cabo por personal capaz.

Terapia cognitiva conductual

2c

Se define la terapia cognitiva conductual como una intervención o tratamiento psicológico, intentando cambiar las creencias y los pensamientos que conllevan al paciente a tener dicha enfermedad, intentando desarrollar el pensamiento lógico y racional de su situación y sus posibles resultados. (Lorenzo, et al, 2021)

B

Es el entender los trastornos emocionales desde una perspectiva cognitiva, es decir, como los pensamientos y creencias pueden tener influencias sobre la conducta, emociones y reacciones corporales de la persona, en el contexto de su historia propia. Además,



de basarse en el aquí y ahora para modificar aquellos pensamientos y creencias que causan problemas para la persona a través de diversas y variadas técnicas que se individualizan hacia el paciente.

La terapia cognitivo-conductual está respaldada como tratamiento eficaz para los trastornos depresivos y de ansiedad. Según varios metaanálisis, se han visto efectos significativos en el tratamiento de la depresión y la ansiedad en el ámbito de la atención primaria. También se ha reportado su efectividad en casos de distimia, depresión unipolar, fobia social, trastorno de pánico y agorafobia. (Zhang, et al, 2019)

Terapia racional emotiva

3a

Esta es uno de los principales pilares de la terapia cognitivo-conductual. En esta terapia las creencias irracionales se consideran factores clave en la generación de angustia emocional. Por ello, su objetivo principal es transformar las creencias irracionales en creencias racionales, con el fin de cambiar las emociones disfuncionales y los comportamientos desadaptativos en funcionales y adaptativos. En esta terapia se aplican técnicas como la educación emocional racional y el entrenamiento emocional racional.

B

Según estudios, desde 1980 se ha demostrado que esta terapia es eficaz para varias condiciones, como el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia social, la depresión y los síntomas psicóticos. Según un metaanálisis, se ha demostrado que esta forma

de tratamiento es eficaz para una amplia gama de afecciones independientemente del estado clínico, la edad o el tipo de condición. (David, et al, 2018)

Terapia Neuronet

2c

Pertenece a las neurociencias. Es una terapia intensiva para lograr cambios neurológicos en la reorganización del cerebro a través de patrones sencillos de percepción, movimiento y ritmo.

B

Es un programa de evaluación y tratamiento para lograr atención autodirigida y sostenida mediante la activación de los sistemas bilaterales sensoriomotores (vestibular, auditivo y visual), a través de una serie de procedimientos aplicados de acuerdo a la funcionalidad y las necesidades de cada individuo. Los procedimientos básicos de Neuronet están integrados por una serie de actividades o ejercicios que se aplican de acuerdo a los objetivos terapéuticos establecidos.

(Grupo Colombo Suizo de Pedagogía Especial, 2005)

Ludoterapia

2c

Técnica activa que, a través del juego y en busca del disfrute, contribuye a la reducción del estrés, la integración grupal, la mejora de la comunicación y el manejo de trastornos emocionales.

Mediante el juego, se potencia el aprendizaje gracias a la participación en actividades. Este se convierte en un canal directo para establecer una relación o vínculo y favorece al desarrollo de múltiples funciones las áreas cognitiva, social, emocional y motora. La ludoterapia



2a

puede aumentar el crecimiento emocional en niños e incluso en adultos, ya que promueve el desarrollo físico y la capacidad de trabajar en equipo. Esto puede aliviar el estrés y la tensión. (Marín Bernal, 2007)

B

Mindfulness

Conocido como atención plena, el mindfulness se puede definir como la consciencia que surge de la atención intencional en ese momento. Esto incluye ejercicios como prácticas de meditación para aumentar la consciencia de los pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. También se enseña la aceptación por medio de la atención plena de los pensamientos y emociones, estar presente en el momento para poder aceptarlo y dejar ir. Esta práctica permite la aceptación de las emociones y la experiencia sin juzgarlas. (Seshadri, A)

La meditación de atención plena es ser consciente del momento en el presente y no dejar que los factores externos o internos lo distraigan. (Zollars, et al, 2019)

Se ha demostrado que el mindfulness ha tenido eficacia en la reducción de recaídas en pacientes con antecedentes de trastornos depresivos mayores. Según un metaanálisis de Wang, se mostraron efectos positivos en pacientes con intervenciones basadas en el mindfulness, así como en la reducción de los síntomas depresivos. Además, se demostró que participantes que recibieron tratamiento con la atención plena tuvieron una mejoría significativa en los trastornos depresivos. (Seshadri, et al, 2021)

Tabla 3. Antidepresivos disponibles en la institución

Nombre genérico	Descripción	Forma de dosificar	Rango de dosis usual
Clomipramina (861)	Tableta mg	75 Iniciar con 25 mg/día; aumentar durante 2 semanas a 100 mg/día; dosis máxima generalmente 250 mg/día	100-200 mg/día
Escitalopram (10508)	Tabletas mg	10 Iniciar con 10 mg/día; aumentar a 20 mg/día si es necesario; administración de dosis única, por la mañana o por la noche.	10-20 mg/día
Paroxetina (2114)	Tableta mg	20 Iniciar con 20 mg/día; normalmente se espera unas semanas para evaluar los efectos del fármaco antes de aumentar la dosis, pero se puede aumentar en 10 mg/día una vez por semana; máximo generalmente 50 mg/día; dosis única.	20-50 mg/día
Venlafaxina (2091)	Tableta mg	75 Iniciar con 37.5 mg una vez al día (liberación prolongada durante una semana, si se tolera; aumentar la dosis diaria generalmente no más rápido que 75 mg cada 4 días hasta alcanzar la eficacia deseada; dosis máxima generalmente 375 mg/día. Por lo general, pruebe dosis con incremento de 75 mg durante algunas semanas antes de incrementar 75 mg adicionales.	75-225 mg/día

Nota: Tomado de Stahl, S.M. (2020). Modificado por grupo de desarrollo.

Tabla 4. Antidepresivos no disponibles en la institución

Nombre genérico	Descripción	Formas de dosificación	Rangos de dosis usual
Fluoxetina	Cápsula 100mg, 20 mg, 40 mg y 60 mg tabletas 10 mg	Iniciar con 20 mg/día por la mañana, espere unas semanas para evaluar los efectos antes de aumentar la dosis; dosis máxima 80 mg/día	20-80 mg
Sertralina	Tableta 25mg, 50 mg y 100 mg	Iniciar con 50 mg/día; espere unas semanas para evaluar los efectos antes de aumentar la dosis; dosis máxima 200 mg/día	50-200 mg/día
Citalopram	Tableta 10 mg, 20 mg, 40 mg	Iniciar con 20 mg/día; aumentar 20 mg al día después de por lo menos 1 semana; dosis máxima 40 mg/día	20-40 mg/día
Duloxetina	Cápsula 20 mg, 30 mg y 60 mg	Iniciar con 40 mg/día en 2 dosis; puede aumentarse a 60 mg/día; dosis máxima 120 mg/día	40-60 mg/día
Desvenlafaxina	Tabletas 50 mg y 100 mg	Iniciar con 50 mg/día dosis máxima 100 mg/día	50 mg/día
Amitriptilina	Cápsula 25 mg, 50 mg y 100 mg	Iniciar con 50 mg/día antes en hora sueño; aumentar en 25 mg cada 3 a 7 días, máximo 300 mg/día.	50-150 mg/día

Continúa...



Nombre genérico	Descripción	Formas de dosificación	Rangos de dosis usual
Imipramina	Cápsula 75 mg. 100 mg y 150 mg. Tableta 10 mg. 25 mg y 50 mg	Iniciar con 25 mg/día en hora sueño; incrementar 25 mg cada 3 a 7 días; dosis máxima 300 mg/día.	50-150 mg/día
Nortriptilina	Cápsula 10 mg. 25 mg. 50 mg y 75 mg	Iniciar con 10-25 mg/día en hora sueño; aumentar 25 mg cada 3 a 7 días; dosis máxima 300 mg/días	75-50 mg/día
Mirtazapina	Tableta 15 mg. 30 mg y 45 mg	Iniciar con 15 mg en hora sueño; aumentar cada 1-2 semanas hasta alcanzar en efecto deseado; dosis máxima 45 mg/día.	15-45 mg en hora sueño
Bupropión	Tableta 75 mg y 100 mg	Para el de liberación inmediata, la dosificación debe dividirse, iniciando con 75 mg dos veces al día, aumentando a 100 mg dos veces al día y luego a 100 mg 3 veces al día; dosis máxima 450 mg/día.	225-452 mg en tres dosis divididas
Trazodona	Tableta 50 mg. 100 mg. 150 mg. 300 mg	Iniciar con 150 mg/día en dosis divididas; se puede aumentar 50 mg/día cada 3 a 4 días; dosis máxima 400 mg/día (ambulatorio) y 600 mg/día (hospitalizado).	150-600 mg/día
Vortioxetina	Tableta 5 mg. 10 mg. 15 mg. 20 mg	Iniciar con 10 mg/día; se puede disminuir a 5 mg/día o aumentar a 20 mg/día; dosis máxima 20 mg/día.	5-20 mg/día

Nota: Tomado de Stahl, S.M. (2020). Modificado por grupo de desarrollo.

1a

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico hay que verificar que el diagnóstico sea el adecuado, tener en cuenta las comorbilidades, efectos secundarios, usar una dosis adecuada, por el tiempo recomendado y asegurar la correcta adherencia. Se recomienda usar como primera línea los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como el escitalopram y la paroxetina.

A

Únicamente el 30% de los pacientes van a lograr una remisión total con el tratamiento. Por lo tanto, es importante tener opciones en caso de que la depresión se vuelva resistente. En caso de que la respuesta antidepresiva no sea suficiente se puede optar por incrementar la dosis del psicofármaco, hacer un cambio a otro medicamento. En el caso de un ISRS, se puede hacer el cambio a un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) como la venlafaxina o antidepresivo tricíclico (ADT), como la clomipramina, tomando en cuenta que estas últimas familias de medicamentos tienen más efectos secundarios.

Además, se podría valorar el cambio a bupropión, mirtazapina, o inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Otra opción en caso de falta de respuesta, es potenciar el efecto del psicofármaco con otro como el litio, la hormona tiroidea, anticonvulsivantes y los antipsicóticos de segunda generación (ASG), siendo estos últimos los que tienen una mayor evidencia de su eficacia. El tratamiento combinado es más eficaz que la monoterapia. Los psicofármacos se pueden

combinar con la psicoterapia para poder dar un abordaje más completo al paciente. (Gabriel et al. 2020)

La hierba de San Juan en el tratamiento de la depresión

4

La hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) es un remedio de hierbas sin licencia que se utiliza para el tratamiento de la depresión. Está disponible sin necesidad de receta médica. Tiene varios efectos a nivel del sistema nervioso central, incluyendo la inhibición de la recaptación de serotonina, dopamina y noradrenalina, la estimulación de los receptores GABA y una débil inhibición de la monoaminoxidasa.

C

Existe evidencia de que esta hierba ayuda a reducir los síntomas depresivos en los adultos como la desmoralización, la desesperanza, la desvalorización y el nerviosismo. Sin embargo, aún existen dudas en cuanto a las dosis apropiadas, la variación en las distintas preparaciones y las potenciales interacciones con otras drogas como anticonceptivos orales, anticoagulantes y anticonvulsivantes. (Damian Chuquillanqui, 2023)

Tratamientos neuromoduladores

1a

Existen otros tratamientos no farmacológicos que se pueden utilizar para el tratamiento de la depresión, como la terapia electroconvulsiva (TEC), la estimulación magnética transcraneal (EMT) y la estimulación cerebral profunda (ECP).

A



La ECP es un tratamiento alternativo para pacientes que presentan depresión resistente al tratamiento. Es una opción innovadora, respaldada por ocho estudios relevantes que indican que es un tratamiento eficaz y seguro. (Mingo Palomares, 2022)

1a

De la misma forma, cuando otros tratamientos fracasan, se recomienda utilizar métodos más invasivos como la TEC. Aunque la EMT es una alternativa menos invasiva, con menos efectos secundarios cognitivos y mejor tolerada, se han observado resultados favorables en dichas terapias, mostrando una eficacia similar en el tratamiento de los trastornos depresivos. (Sánchez, 2023)

A

5. Anexos

Anexo 1. Información para el uso racional de medicamentos

5

Escitalopram

D

Mecanismo de acción:

- Aumenta la serotonina
- Bloquea la bomba de recaptación de serotonina
- Desensibiliza los receptores de serotonina, especialmente 1A
- Presumiblemente aumenta la neurotransmisión serotoninérgica

Efectos adversos:

- Insomnio
- Diarrea
- Disminución cognitiva
- Apatía
- Disfunción sexual
- Disminución del apetito
- Náusea
- Constipación
- Boca seca
- Sedación
- Agitación
- Temblores

- Cefalea
- Mareos
- Sudoración
- Moretones
- Sangrado
- Hiponatremia
- Síndrome de secreción inadecuada de la hormona antidiurética (SSIHA)
- Convulsiones
- Manía
- Ideación suicida
- Aumento de peso

Contraindicaciones:

- Pacientes tomando IMAO
- Pacientes tomando pimozida
- Alergia a escitalopram o citalopram

Precaución:

- Convulsiones
- Trastorno afectivo bipolar
- Activación de ideación suicida



Paroxetina

Mecanismo de acción:

- Aumenta el neurotransmisor serotonina
- Bloquea la bomba de recaptación de serotonina
- Desensibiliza los receptores de serotonina, especialmente 1A
- Presumiblemente aumenta la neurotransmisión serotoninérgica
- Tiene acciones anticolinérgicas leves
- Puede tener acciones de bloqueo leves de la recaptación de norepinefrina

Efectos adversos:

- Diarrea
- Aplanamiento emocional
- Lentitud cognitiva
- Apatía
- Constipación
- Boca seca
- Sedación
- Disfunción sexual
- Síntomas gastrointestinales
- Insomnio
- Sedación
- Agitación

- Temblores
- Cefalea
- Mareos
- Aumento de peso
- Moretones
- Sangrado
- Convulsiones
- Manía
- Ideación suicida
- Sudoración
- SSIHA

Contraindicaciones:

- Paciente tomando un IMAO
- Paciente tomando tioridazina
- Paciente tomando pimozida
- Paciente tomando tamoxifeno
- Alergia a paroxetina

Precaución:

- Convulsiones
- Bipolares
- Activación de ideación suicida



Venlafaxina

Mecanismo de acción:

- Aumenta el neurotransmisor serotonina, norepinefrina y dopamina
- Bloquea la bomba de recaptación de serotonina, presumiblemente aumentando la neurotransmisión serotoninérgica
- Bloquea la bomba de recaptación de norepinefrina, presumiblemente aumentando la neurotransmisión noradrenérgica
- Presuntamente desensibiliza tanto los receptores de serotonina 1A como los receptores beta adrenérgicos
- Puede aumentar la neurotransmisión de dopamina en la corteza frontal
- Bloquea débilmente la bomba de recaptación de dopamina y puede aumentar la neurotransmisión de dopamina

Efectos adversos:

- Insomnio
- Constipación
- Boca seca
- Cefalea
- Nerviosismo
- Sedación
- Náusea

- Diarrea
- Pérdida de apetito
- Disfunción sexual
- Astenia
- Sudoración
- SSIHA
- Hiponatremia
- Hipertensión arterial
- Convulsiones
- Hipomanía
- Ideación suicida
- Aumento de peso

Contraindicaciones:

- Glaucoma de ángulo cerrado no controlado
- Paciente tomando un IMAO
- Alergia a venlafaxina

Precaución:

- Convulsiones
- Enfermedad cardíaca
- Bipolar
- Activación de ideación suicida



Clomipramina

Mecanismo de acción:

- Aumenta serotonina, noradrenalina
- Bloquea la bomba de recaptación de serotonina
- Bloquea la bomba de recaptación de noradrenalina
- Desensibiliza los receptores de la serotonina 1A y beta adrenérgicos

Efectos adversos:

- Boca seca
- Constipación
- Visión borrosa
- Sedación
- Aumento de peso
- Mareos
- Hipotensión
- Arritmia
- Convulsiones
- Retención urinaria
- Aumento del apetito
- Náusea
- Diarrea
- Acidez
- Sabor inusual en boca
- Fatiga

- Debilidad
- Cefalea
- Ansiedad
- Nerviosismo
- Inquietud
- Disfunción sexual
- Sudoración
- Íleo paralítico
- Hipertermia
- Taquicardia
- Falla hepática
- Parkinsonismo
- Aumento de presión intraocular
- Manía
- Ideación suicida

Contraindicaciones:

- Paciente tomando un IMAO
- Pacientes recuperándose de un infarto al miocardio
- Pacientes tomando medicamentos que puedan prolongar el intervalo QT
- Pacientes con historia de prolongación de intervalo QT, arritmia cardíaca, infarto agudo a miocardio reciente o falla cardíaca descompensada



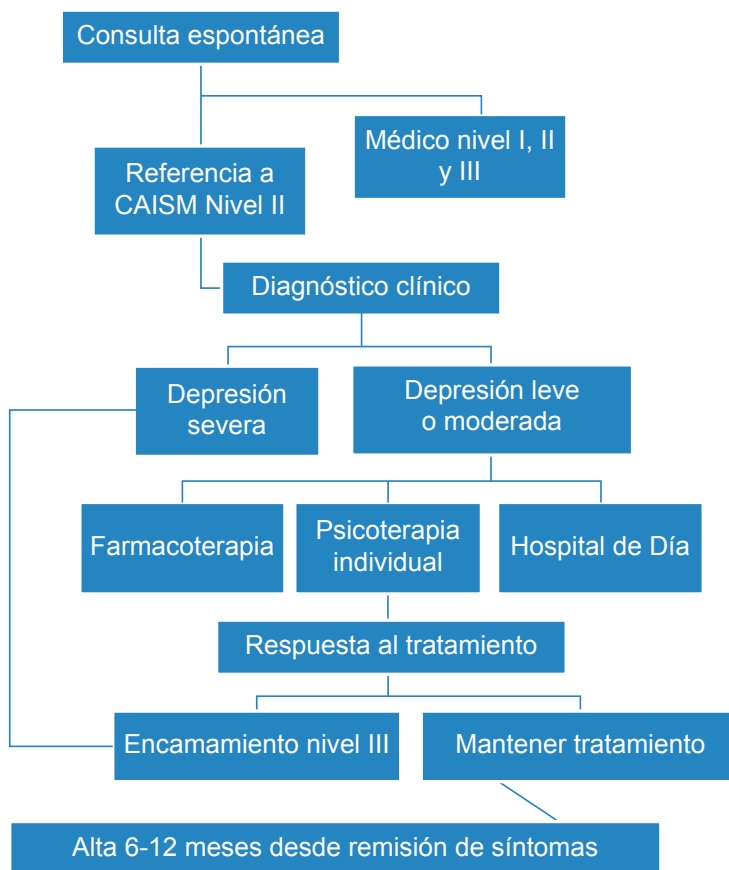
- Pacientes tomando fármacos que inhiben el metabolismo de los ADT
- Si hay una reducción de la función CYP450 2D6
- Alergia a clomipramina

Precaución:

- Glaucoma de ángulo cerrado
- Hipertiroidismo
- Retención urinaria previa
- Historia de convulsiones
- Bradicardia
- Hipocalcemia
- Hipomagnesemia
- Activación de ideación suicida

(Stahl, 2020)

Anexo 2 Algoritmo para el tratamiento de la depresión



Nota: Elaborado por grupo de desarrollo

Anexo 3 Factores de riesgo de suicidio

Psicosis	Antecedentes de intentos suicidas	Desesperanza
Tiempo prolongado para la remisión total Ideación suicida	Trastorno del sueño Depresión severa	Edad avanzada en el momento del diagnóstico de depresión

Nota: Tomado de Riera-Serra et al (2023). Modificado por grupo de desarrollo.



6. Glosario

Ansiedad

La ansiedad patológica se vive como una sensación difusa de angustia o miedo y deseo de huir, sin que quien los sufre pueda identificar claramente el peligro o la causa de este sentimiento. Esta ansiedad patológica es resultado de los problemas de diversos tipos a los que se enfrenta la persona en su vida cotidiana y, sobre todo, de la forma en que interioriza y piensa acerca de sus problemas.

Circadiano

Un “reloj biológico” interno dicta cuándo despertar y cuándo dormir. A este ciclo se le denomina ritmo circadiano (del latín *circa dies*, que significa aproximadamente un día). El ciclo circadiano abarca 24 horas, divididas en 8 para el sueño y 16 para la vigilia. La alteración del ritmo circadiano se puede producir por las siguientes circunstancias: Sueño retrasado: Aparece entre personas que adelantan las fases del ciclo sueño-vigilia. Se despiertan y duermen con horarios coherentes, aunque retrasados. Puede corregirse por sí mismo, debido a que el reloj biológico interno se adelanta naturalmente con la edad.

Comorbilidad	Coexistencia de enfermedades psiquiátricas y de trastornos inducidos por sustancias comúnmente denominada comorbilidad o diagnóstico dual.
Depresión unipolar	Padecimiento que se da cuando se presentan cinco o más síntomas de depresión durante al menos dos semanas. Estos síntomas incluyen: sentimientos de tristeza, desesperanza, inutilidad o pesimismo. Además, las personas con depresión grave, a menudo tienen cambios de comportamiento, como patrones nuevos de sueño y de alimentación. Este tipo de depresión aumenta el riesgo de suicidio en una persona. También se le conoce como Trastorno Depresivo Grave.
Electrocardiograma	Es el gráfico que se obtiene con el electrocardiógrafo para medir la actividad eléctrica del corazón en forma de cinta gráfica continua. Es el instrumento principal de la electrofisiología cardíaca y tiene función relevante en el cribado y diagnóstico de las enfermedades cardiovasculares.



Electrolitos plasmáticos	Examen que evalúa los electrolitos o sales del cuerpo (sodio, potasio y cloro)
Estupor depresivo	Representa la forma extrema de inhibición psíquica, propia de las depresiones vitales muy intensas. Ocurre sobre todo en las depresiones que aparecen durante la involución o la pre-senilidad.
Exacerbación	Cualquier empeoramiento o agravamiento de una enfermedad. La aparición de los síntomas puede ser aguda y repentina o ser gradual y durar varios días. No hay necesariamente una correlación entre los síntomas y el flujo máximo.
Glicemia	La glicemia se usa comúnmente para detectar diabetes, enfermedad en la cual se observan niveles altos de glucosa (hiperglicemia). Estos, con el tiempo, pueden causar serios problemas de salud.
Hemograma	Es uno de los exámenes más comunes, el cual examina las células de la sangre. Traduce los equilibrios anatomo-fisiopatológicos de la producción y destrucción de los elementos figurados sanguíneos.

- Hipersomnia** Cursa con somnolencia excesiva, episodios prolongados de sueño nocturno y episodios de sueño diurno que se producen cada día durante al menos un mes con deterioro funcional significativo, en ausencia de insomnio u otro trastorno psíquico o mental y que no es efecto del uso de fármacos.
- Hipomanía** Es una manía suave. Durante la hipomanía nunca se presentan síntomas psicóticos; el resto de lo que ya hemos explicado respecto a la manía, sería válido para la hipomanía, siempre en un grado menor que no comporte una gran alteración del comportamiento que pueda llevar, por ejemplo, a un ingreso.
- Neurolépticos** Un neuroléptico o antipsicótico es un medicamento que actúa en el cerebro y que puede servir en casos de esquizofrenia para, por ejemplo, hacer desaparecer las alucinaciones. Así, el comportamiento del enfermo puede ser “normalizado”.



**Pruebas
hepáticas**

Variedad de pruebas de sangre para averiguar el estado general del hígado y del sistema biliar como la determinación de la bilirrubinemia, proteinemia, colesterolemia, actividad enzimática, pruebas de floculación, etc.

Serotonina

La serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT), es una sustancia que actúa sobre todo como neurotransmisor, se distribuye por todo el organismo y cumple múltiples funciones. Pertenecce al grupo de las aminas biógenas y ejerce una gran influencia sobre el sistema psiconeurológico, por lo que frecuentemente se le denomina “hormona del humor”.

**Síndrome
somático**

Es un conjunto de síntomas que se manifiestan a través de enfermedades corporales.

Síntomas

Es la percepción o cambio subjetivo que se puede reconocer como anómalo o causado por un estado patológico o enfermedad.

**Síntomas
somáticos**

Somático viene de la palabra griega *soma*, que significa cuerpo. Los síntomas somáticos son aquellos que se aprecian en el cuerpo. Un dolor de cabeza, una taquicardia, un vómito o un mareo, por ejemplo.



7. Referencias bibliográficas

- Bellak, L., & Walkup, J. (1993). *Psychoanalysis as a science*. Allyn & Bacon. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1992-98088-000>
- Blanco, N. R., Motta, J. M. C., Hauser, Úrsula., Huber, B., & Sorribas, A. A. (2021). Psicodrama y teatro espontáneo: experiencias innovadoras para el ámbito comunitario en Cuba. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 29(1), 71–82. Recuperado de <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/472> (Original work published 8º de fevereiro de 2021)
- Boland, R. J., Verduin, M. L., & Ruiz, P. (2022). Trastornos depresivos. En B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Eds.), *Kaplan & Sadock: Sinopsis de psiquiatría* (12.^a ed., pp. 404). Wolters Kluwer.
- Carmona Castaño, David. (2021). *Terapia Gestalt, Recopilación Metodológica*. Know & Share Psychology. Vol 2. núm. 2, p. 61-83. ISSN: 2695-723X. <https://portal.amelica.org/ameli/journal/496/4962078004/4962078004.pdf>
- Cox, P. D., Vinogradov, S., & Yalom, I. D. (2008). *Group therapy*. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2008-05226-035>
- Damian Chuquillanqui, R. M., & Leandro Avila, P. A. (2023). Impacto del uso de *Hypericum perforatum* (hierba de San Juan) en síntomas

de la depresión en adultos atendidos en el mercado San José Chorrillos, Lima 2023. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/10832>

David D, Cotet C, Matu S, Mogoase C, Stefan S. 50 años de terapia racional-emotiva y cognitivo-conductual: una revisión sistemática y un metaanálisis. *J Clin Psychol.* 2018; 74: 304-318. <https://doi.org/10.1002/jclp.22514>

De Sousa, A. (2011). Freudian theory and consciousness: A conceptual analysis. *Mens Sana Monographs*, 9(1), 210-217. <https://doi.org/10.4103/0973-1229.77437>

De Witte, M., Pinho, A. D. S., Stams, G. J., Moonen, X., Bos, A. E. R., & van Hooren, S. (2022). Music therapy for stress reduction: a systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*, 16(1), 134–159. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1846580>

Gabriel, F. C., de Melo, D. O., Fráguas, R., Leite-Santos, N. C., Mantovani da Silva, R. A., & Ribeiro, E. (2020). Pharmacological treatment of depression: A systematic review comparing clinical practice guideline recommendations. *PLoS One*.2020 Apr 21;15(4): e0231700. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231700>

Grupo Colombo Suizo de Pedagogía Especial. (2005). Educación Especial, Fundación ALUNA.



No. 21. ISSN: 0123-7144. <https://aluna.org.co/wp-content/uploads/2019/10/Revista-No.-21-Neuronet.pdf>

Gutiérrez-Cordero, J., & Ramos-López, P. (2023). Aplicación de la Escala DASS-21 en población universitaria. *Anales de Psicología*, 39(3), 285-299. Recuperado de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/550551>

Hernández, G., & Martínez, F. (2022). Validación de la Escala MADRS en población española. *Anuario de Psicología*, 53(1), 85-97. Recuperado de <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/37406>

Hidalgo, V. H., & Trujillo, J. (2021). PHQ-9: El cribado de episodio depresivo en atención primaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.01.001>

Irene Zollars, Therese I. Poirier, Junvie Pailden. Effects of mindfulness meditation on mindfulness, mental well-being, and perceived stress, *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, Volume 11, Issue 10, 2019, Pages 1022-1028, ISSN 1877-1297, <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2019.06.005>(<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877129718304568>)ollars

Jiménez, A. Lorenzo, O. (2000) La Terapia Ocupacional. Centro de Salud San Roque. Badajoz. *Revista Medicina Integral*. Vol. 36. Núm. 3 (Págs. 105-108). <https://www.elsevier>.

es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-terapiaocupacional-15327

López Rodríguez, M. M., Baldrich-Rodríguez, I., Ruiz-Muelle, A., Cortés-Rodríguez, A. E., Lopezosa-Estapa, T., Roman, P. (2017). Efectos de Biodanza sobre el estrés, la depresión y la calidad del sueño en estudiantes universitarios. *Revista de medicina alternativa y complementaria* (Nueva York, Nueva York), 23(7), 558–565. <https://doi.org/10.1089/acm.2016.0365>

Lorenzo-Díaz, José Carlos, Díaz-Alfonzo, Humbelina, Carrete-Friol, Zulaimy Dayami, Hernández-Quñones, Orestes Luis, & Barrios-Licor, Rita Aimee. (2021). Efectividad de la terapia cognitivo conductual en el episodio depresivo. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(6). Epub 01 de noviembre de 2021. Recuperado en 27 de octubre de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000600013&lng=es&tlng=es.

Maldonado-Avendaño, N., & Reyes-Rodríguez, M. F. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) en población universitaria colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(4), 253-261. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.08.007>

Marín Bernal, M. (2007). Aplicación de la Ludoterapia para la reducción de la agresividad en niños



maltratados de 6 a 8 años. Tesis. Universidad del Azuay. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Escuela de Psicología Clínica. <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/1080/1/06255.pdf>

Mingo Palomares, M. (2022). Depresión resistente al tratamiento: la electroestimulación cerebral profunda como alternativa terapéutica. Revisión sistemática (Bachelor's thesis). Disponible en: <https://riucv.ucv.es/handle/20.500.12466/2799>

Ministerio de Salud de Chile. (2016). Guía Clínica. Depresión en Personas de 15 Años y Más. Disponible en: <file:///C:/Users/INSPECCION/Downloads/GES%20Depresion%202006.pdf>

Mondimore, F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: An historical perspective. *International Review of Psychiatry*, 17(1), 49-52. <https://doi.org/10.1080/0954026050008053>

Obst Camerini, J. (2014) La Terapia Cognitiva Integrada y Actualizada. (Cap 5.) Segunda Edición. Buenos Aires. Material Editado y Reimpreso en noviembre 2020. Ed. No. 005. https://cognicionycomportamientorevista.org/docs/5_3.pdf

Ospina, J. D., & Patiño, M. D. (2021). Propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en población colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 24(2), 45-57. Recuperado de <https://>

actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/
article/view/3620/4265

Reynolds, E. H., & Wilson, J. V. (2013). Depression and anxiety in Babylon. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(12), 478-481. <https://doi.org/10.1177/0141076813486262>

Riera-Serra, P., Navarra-Ventura, G., Castro, A., Gili, M., Salazar-Cedillo, A., Ricci-Cabello, I., ... & Roca, M. (2023). Clinical predictors of suicidal ideation, suicide attempts and suicide death in depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 1-21. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-023-01716-5>

Rojas, A., & Martínez, P. (2023). Propiedades psicométricas de la HADS en población clínica. *Revista Psicología y Sociedad*, 35(1), 145-158. Recuperado de <https://repsi.org/index.php/repsi/article/view/166/378>

Rössler, W. (2016). The stigma of mental disorders: A millennia-long history of social exclusion and prejudices. *EMBO Reports*, 17(9), 1250-1253. <https://doi.org/10.15252/embr.201643041>

Sánchez, E. G. (2023). Nuevos tiempos para el tratamiento de la depresión resistente: ¿Terapia Electroconvulsiva o Estimulación Magnética Transcraneal?. *Presencia*, e14568-e14568.



Disponible en: <https://www.ciberindex.com/index.php/p/article/view/e14568>

Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A., ... Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression. *American Journal of Psychotherapy*, 74(1), 4–12. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200006>

Sierra-Salazar, Y., & Castillo-Martínez, P. L. (2021). Aplicación de la Escala PHQ-9 para la detección de depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50(1), 39-45. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502021000100011

Schimelpfening, N. (2023, March 27). The History of Depression. Verywell Mind. <https://www.verywellmind.com/who-discovered-depression-1066770>

Scribd. (s.f.). (2024) Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Recuperado de <https://es.scribd.com/document/426314433/Escala-de-depresion-CES-D-pdf>

Scribd. (s.f.). (2024) Escala de Depresión de Hamilton. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/595775344/Escala-de-Depresion-Hamilton>

- Scribd. (s.f.). (2024) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS). Recuperado de <https://es.scribd.com/document/444375419/escala-hospitalaria-de-ansiedad-y-depresion>
- Stahl, S. M. (2020). Prescriber's guide: Stahl's essential psychopharmacology. Cambridge University Press.
- Tesařová, D. (2018). Aulus Cornelius Celsus and a regimen. *Casopis Lekarů Ceských*, 157(5), 263-267. PMID: 30441939
- Tipton, C. M. (2014). The history of "Exercise Is Medicine" in ancient civilizations. *Advances in Physiology Education*, 38(2), 109-117. <https://doi.org/10.1152/advan.00136.2013>
- Torres, L. G., & Pérez, J. A. (2023). Uso de la Escala DASS-21 en adolescentes mexicanos. *Revista Iberoamericana de Educación Médica*, 12(2), 45-58. Recuperado de <https://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/1348>
- Tratamiento de Depresión, Terapéutica Clínica / Asesoría Terapéutica, Dirección en Medicamentos y Terapéutica. Departamento de Fármaco Epidemiología, Caja Costarricense de Seguro Social.
- World Health Organization. (2023, 31 de marzo). Depresión. Recuperado el 3 de noviembre de 2023, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.



Zhang, A., Borhneimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guzmán, S. y Shen, L. (2019) Terapia cognitivo-conductual para la depresión y la ansiedad de atención primaria: una revisión metaanalítica secundaria utilizando una estimación robusta de la varianza en la meta-regresión. *Revista de medicina conductual*, 42(6), 1117-1141. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>

Zollars I., Poirier T. I., Pailden J.. Effects of mindfulness meditation on mindfulness mental well-being, and perceived stress. *Curr Pharm Teach Learn*. 2019 oct;11 (10): 1022-1028. doi: 10.1016/j.cptl.2019.06.005. Epub 2019 Aug 7. PMID: 31685171.



7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-9929-795-94-5



9 789929 795945