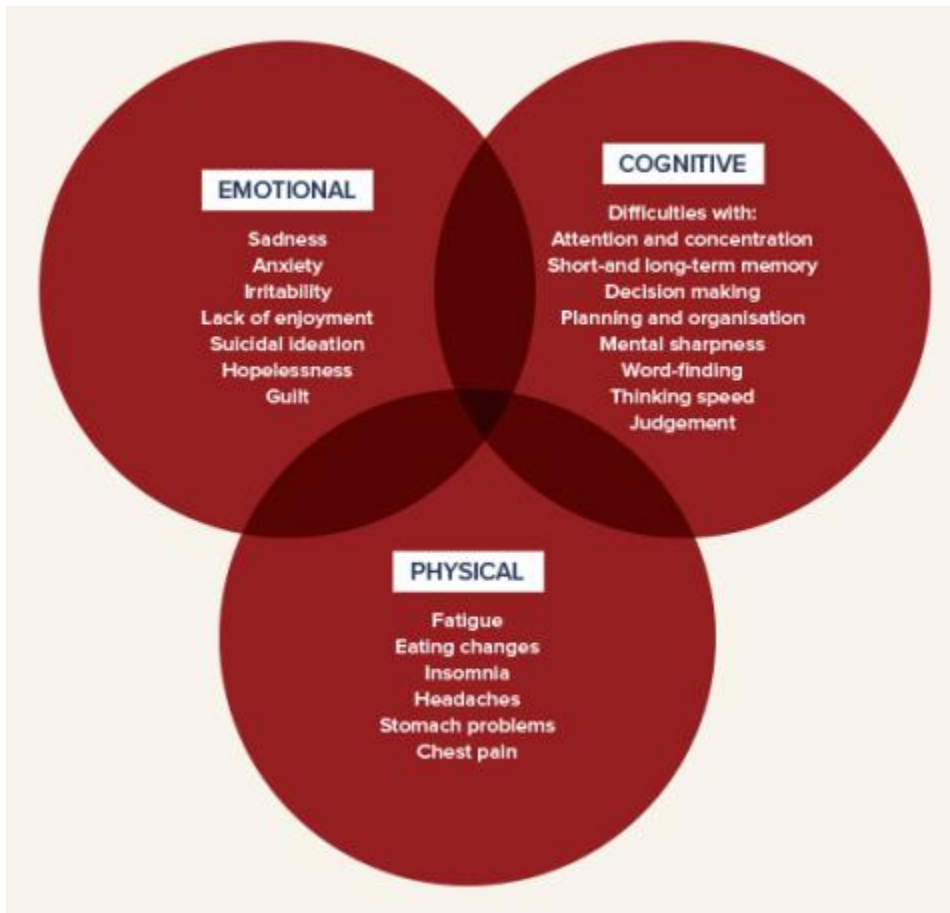


## UNA GUÍA PARA LA DEPRESIÓN

La reciente publicación del **DSM-5** ofrece una guía clara para los síntomas asociados con la depresión y los **diagnósticos** criterios.

Aunque los pacientes pueden quejarse de problemas adicionales, tales como la pérdida de memoria o distraerse con facilidad, los síntomas principales como se indica en el DSM-5 son: <sup>1</sup>



Según DSM-5 criterios \*, los pacientes con depresión deben haber tenido en un periodo de 2 semanas:

- El estado de ánimo y / o pérdida de interés o placer deprimido
- Más cuatro o más de los síntomas anteriores
- Los síntomas deben representar un cambio a la actividad previa
- Los síntomas deben causar malestar o deterioro clínicamente significativo en las áreas social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento
- Episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra condición médica

\* Por favor consulte el manual DSM-5 para obtener una descripción completa de los criterios de diagnóstico.

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta edición. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.

## EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN



Los DSM-5 criterios diagnósticos de trastornos depresivos mayores afirman que cinco o más síntomas depresivos tienen que haber estado presente durante el mismo período de 2 semanas, representan un cambio a la actividad previa y provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en áreas importantes de la actividad. Al menos uno de los síntomas presentes debe ser o bien estado de ánimo deprimido o pérdida de interés / placer y el episodio no debe ser una consecuencia de los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica. <sup>1</sup>

### Medición de la depresión

Una vez diagnosticada, una serie de escalas clínician- y calificadas por el paciente se han desarrollado para ayudar a medir los resultados en los pacientes con depresión. <sup>2</sup>

#### Escalas valorados por el médico

#### Escala de calificación de Hamilton para la depresión (HAM-D o HRSD)

La HAM-D es una de las primeras escalas a desarrollar para la depresión. <sup>3</sup>Se **evalúa la gravedad de la depresión** sondeando cómo los pacientes valoran los síntomas detallados. <sup>2,3</sup>

La escala se utiliza tanto en los ensayos clínicos y la práctica clínica y en general se administra semanalmente; el 17 ítems HAM-D se ha convertido en el estándar para los ensayos clínicos en depresión. <sup>2</sup>

#### Montgomery-Asberg escala de calificación de la depresión (MADRS)

Los MADRS, desarrollado en 1979, es una escala de 10 ítems originalmente diseñado para ser sensibles a los efectos de los medicamentos antidepresivos, los antidepresivos tricíclicos, principalmente. <sup>2,4</sup>

Tanto la MADRS y HAM-D se utilizan comúnmente en los ensayos clínicos para medir los cambios relacionados con el tratamiento de los síntomas. <sup>4</sup>

#### Escalas Paciente-clasificar

#### Beck inventario de depresión (BDI)

El BDI está diseñado para medir la gravedad de los síntomas depresivos "en este momento". <sup>2</sup>

#### Cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9)

Los PHQ-9 puntuaciones de cada uno de los nueve DSM-5 criterios de depresión desde "0" (no en todos) a "3" (casi todos los días). Este breve cuestionario puede ayudar a hacer el

diagnóstico basado en criterios de depresión y es una **medida fiable y válida** de la gravedad de la depresión. <sup>5</sup>

### Zung escala de autoinforme depresión (Zung SDS)

El **Zung SDS** es un índice de 20 ítems de auto-informe que cubre una **gama más amplia de síntomas** (en diversos grados) que el BDI, incluyendo los siguientes aspectos de la depresión: <sup>2</sup>

- Psicológica
- Afectivo
- Cognitiva
- Comportamiento
- Somática

Escala en el Paciente o clínico-rated

### Inventario de la sintomatología depresiva (IDS o QIDS)

Los **IDS** se pueden utilizar como una escala nominal médico-paciente-administrada o. Fue **desarrollado con el objetivo de hacer frente a las limitaciones de la HAM-D y MADRS** por: <sup>2</sup>

- Incluyendo todos los dominios de los síntomas de la definición basada en el DSM de la depresión
- Incluyendo ambas características melancólicas y atípicos
- Escalado cada elemento para permitir la medición de las formas más leves de la depresión
- Proporcionar definición elemento más claro
- Asegurar peso equivalente para cada dominio síntoma

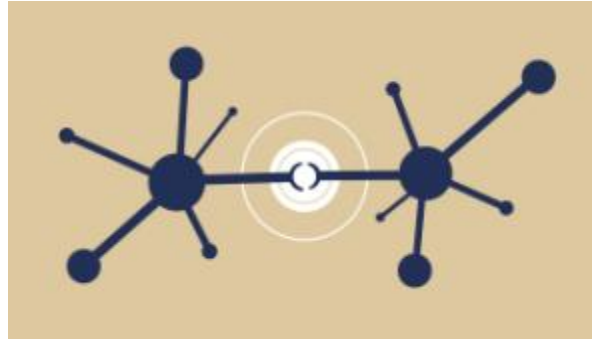
Una versión corta de los IDS, el Inventario Breve de Sintomatología Depresiva (QIDS), con 16 artículos también está disponible. <sup>2</sup>

- 
1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta edición. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
  2. Cusin C, Yang H, Yeung A, Fava M. Rating Scales para la depresión. En: Manual de escalas de evaluación clínica y evaluación de Psiquiatría y Salud Mental actual Clinical Psychiatry 2010, pp 7-35.
  3. Hamilton M. J Neurol Neurosurg Psychiat 1960; 23: 56-62.
  4. Montgomery SA, Asberg M. Br J Psiquiatría 1979; 134: 382-389.
  5. Kroenke K et al. J Gen Intern Med 2001; 16: 606-613.

<https://www.rethinkdepression.com/recognising-the-signs/diagnosing-depression/>

## La biología de la depresión

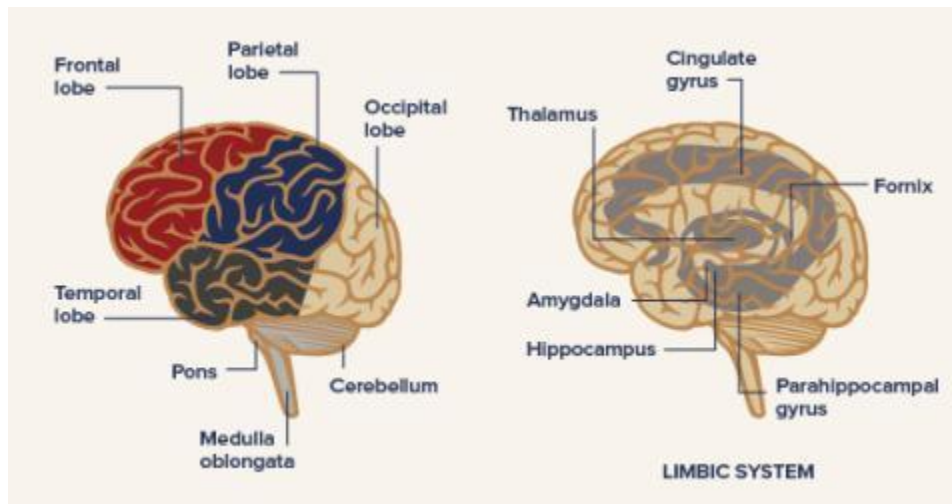
[Compartir](#)



Los factores genéticos y diversos efectos ambientales, tales como el abuso infantil y el estrés, son comúnmente relacionados con el desarrollo de la depresión. <sup>1</sup> Pero, ¿qué cambios biológica que pensamos que estamos tomando lugar en el que llevar a la depresión?

### La depresión y el cerebro

**La depresión puede cambiar la estructura del cerebro.** Los pacientes deprimidos tienen una reducción de volumen en tres regiones del cerebro (los lóbulos temporales, el bulbo raquídeo y el hipocampo), que vuelve a la normalidad después de que el paciente se ha recuperado (Figura 1). <sup>2</sup> El adelgazamiento de la corteza prefrontal también se ha observado, con post-mortem estudios que muestran que aunque el número de señalización de las neuronas (células piramidales corticales) no se redujo, la complejidad de sus conexiones era. <sup>3</sup>



**Figura 1. Regiones del cerebro afectadas durante la depresión.**

### El permanecer flexibles

Estos cambios en el cerebro se cree que se deben a una **reducción en la capacidad del cerebro para reorganizar su red de neuronas (neuroplasticidad)** - incluyendo la plasticidad sináptica, remodelación neuronal y la neurogénesis - aunque por qué estos cambios deberían conducir a la depresión queda por determinar. <sup>3</sup>

En el hipocampo, una estructura afectada en la depresión, los resultados de estrés crónico en la atrofia de las dendritas, mientras elevados de glucocorticoides niveles pueden conducir a la muerte celular. <sup>3</sup> **La tensión severa también puede afectar la**

**neurogénesis** en algunas partes del hipocampo, e inhibir la potenciación a largo plazo en neuronal de señalización, un proceso ligado a la plasticidad sináptica y promover a largo plazo la depresión en la actividad del hipocampo. <sup>3</sup>

#### Caminos a la depresión

Las vías de señalización que la estructura del cerebro impacta y neuroplasticidad en la depresión permanecen sin confirmar. Sin embargo, **dos vías potenciales de interés son el hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y el derivado del cerebro factor neurotrófico (BDNF)**. <sup>4</sup>

#### El eje HPA

El eje HPA se activa por el estrés; esto promueve la liberación de los glucocorticoides en el torrente sanguíneo y es controlado por un bucle de realimentación negativa del hipocampo. **La actividad HPA se ha asociado con la depresión en una serie de estudios**, posiblemente debido a un aumento de los niveles de glucocorticoides promueven celular atrofia y muerte en el hipocampo (Figura 2). <sup>3,4</sup>

#### El mantenimiento de la salud neuronal

El factor de crecimiento BDNF, es altamente expresado en el cerebro adulto y promueve una serie de funciones en ambas neuronas inmaduras y maduras. **La activación del eje HPA por el estrés reduce los niveles de BDNF** como se ve en los pacientes deprimidos que tienen los niveles de BDNF más bajos en el cerebro, incluso en el hipocampo. <sup>4</sup> Sin embargo, los niveles de BDNF inferiores no se observaron en los pacientes tratados con antidepresivos - **ISRS, IRSN y IMAO fueron encontrados para aumentar los niveles de BDNF**. <sup>4</sup>

#### Señales de estrés y antidepresivos

Estas observaciones sugieren que el estrés crónico puede estar vinculado a la depresión a través de la activación del eje HPA, la reducción de los niveles de BDNF y dañar el hipocampo y otras áreas del cerebro. A medida que el hipocampo reduce la actividad del eje HPA, el daño puede resultar en la inhibición reducida y un ciclo de daño y la activación de HPA. **Los antidepresivos pueden ayudar mediante la elevación de los niveles de BDNF**, el aumento de la neuroplasticidad y la mejora de la función cerebral (Figura 2). <sup>4</sup>

Sin embargo, es evidente que este modelo simplificado no satisface todos los casos de depresión debido a la depresión atípica se caracteriza por la reducción de la activación del eje HPA. <sup>4</sup> A pesar de esto, proporciona un marco para futuros estudios.

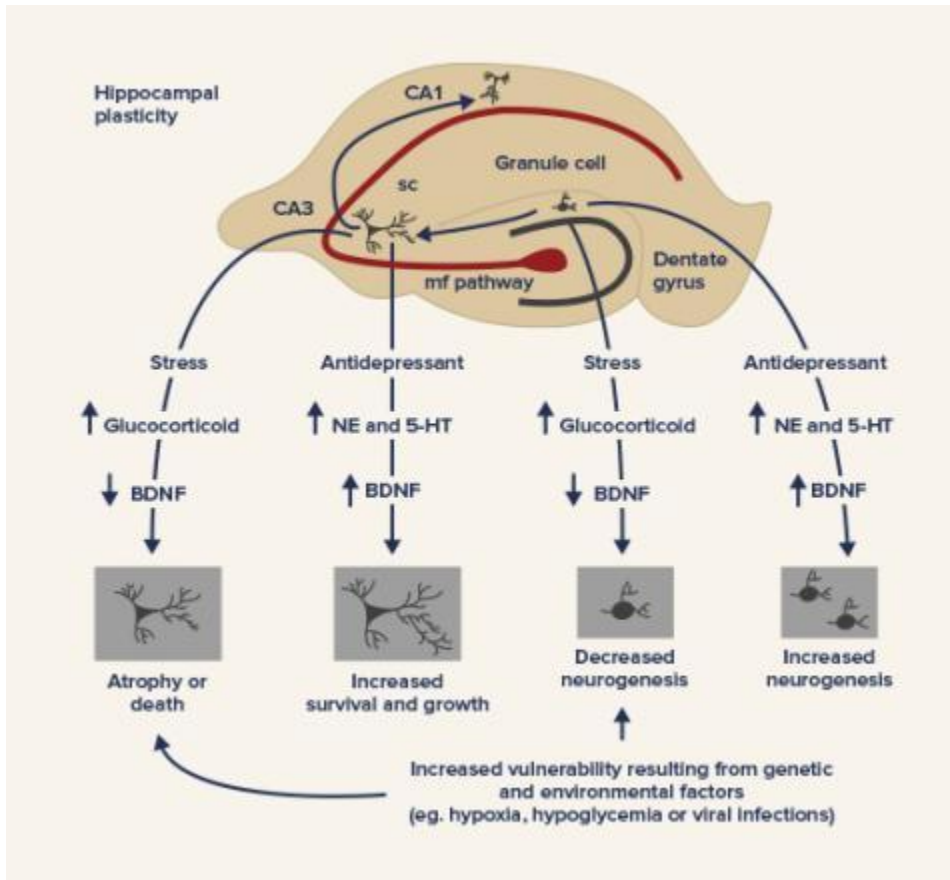


Figura 2. Relación entre el eje HPA y BDNF en la regulación de la neuroplasticidad <sup>5</sup>

## Glosario

Atrofia  
 Factor neurotrófico derivado del cerebro  
 Dendrita  
 Glucocorticoides  
 Hipocampus  
 Eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA)  
 La potenciación a largo plazo  
 Remodelación neuronal  
 La neuroplasticidad  
 Corteza prefrontal  
 La plasticidad sináptica

1. Klengel T et al. Can J Psiquiatría 2013; 58 (2): 76-83.
2. Ahdidan J et al. Acta Psychiatr Scand 2011; 123 (3): 211-219.
3. Pittenger C. Diálogos Clin Neurosci 2013; 15: desde 455 hasta 463.
4. Kumugi H et al. Psiquiatría Clin Neurosci 2010; 64 (5): 447 hasta 459.
5. Duman RS. Diálogos Clin Neurosci 2004; 6 (2): 157-169.

<https://www.rethinkdepression.com/latest-thinking/the-biology-of-depression/>

**LOS SÍNTOMAS COGNITIVOS EN LA DEPRESIÓN**



Los síntomas cognitivos son una característica clave de la depresión, que se producen en la mayoría de los pacientes la mayoría de las veces, mientras deprimido.<sup>1,2</sup> Principalmente experimentado como dificultad para concentrarse, indecisión, la planificación de dificultad, se desaceleró el pensamiento y la mala atención, síntomas cognitivos afectar a muchos aspectos de la vida de un paciente - que conduce al trabajo con problemas y el funcionamiento social.<sup>1,3-7</sup> De hecho, en términos de la duración de los síntomas que pueden ser experimentados durante un episodio depresivo mayor, **los síntomas cognitivos ocupan el segundo más alto**

(Figura 1).<sup>1</sup>

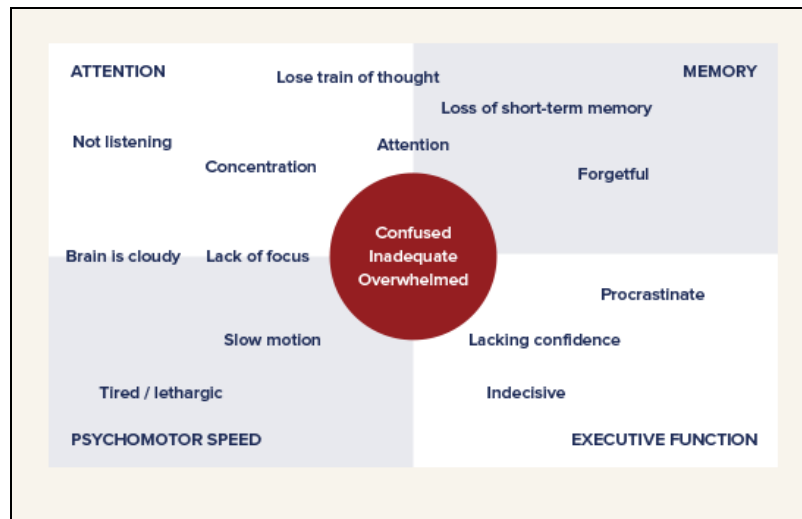


Figura 1. Paciente descriptores de los síntomas cognitivos a dominios cognitivos

*En un estudio de casi 500 pacientes, el 83% de los adolescentes con depresión experimentado disfunción cognitiva durante su primer episodio depresivo<sup>8</sup>*

*En un estudio holandés de 267 pacientes con depresión, síntomas cognitivos estaban presentes el 94% del tiempo durante los episodios depresivos mayores<sup>1</sup>*

Los síntomas cognitivos asociados con la depresión pueden describirse como: °

- Indiferencia
- Falta de atención
- Palabra de búsqueda de dificultad
- Lentitud mental
- Olvido

Sin embargo, incluso cuando los pacientes responden al tratamiento, los síntomas cognitivos residuales pueden permanecer. Se ha informado de un estudio en el que **los síntomas cognitivos persistieron en el 71% de los pacientes que respondieron al tratamiento para la depresión con el citalopram ISRS.**<sup>10</sup>

Profesor McIntyre explora la prevalencia de síntomas cognitivos durante los episodios de depresión y remisión.

Descubra cómo los síntomas cognitivos de la depresión pueden afectar el desempeño de los pacientes en el trabajo.

### Un impacto significativo

Los síntomas cognitivos en la depresión no deben ser subestimados. Los pacientes informan que dificultad para concentrarse e indecisión se encuentran entre los síntomas más preocupantes de la depresión y pueden limitar la recuperación funcional.<sup>11</sup> **Los síntomas cognitivos también se asocian con la aparición temprana de la depresión, y mayor duración episodio**, mientras que los pacientes deprimidos hospitalizados con síntomas cognitivos sigue teniendo vida discapacitada -functioning 6 meses después del alta.<sup>12,13</sup>

La mejora de la función cognitiva en pacientes con depresión reduce la discapacidad y es probable que promover la recuperación funcional en el hogar y en el trabajo.<sup>13-17</sup>

1. Conradi HJ et al. *Psychol Med* 2011; 41: 1165-1174.
2. Chen LS et al. *Am J Psiquiatría* 2000; 157 (4): 573 hasta 580.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta edición. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
4. Biringier E et al. *Curr Psiquiatría Rev* 2009; 5 (3): 164-174.
5. Gualteri CT et al. *J Clin Neuropsiquiatría Neurosci* 2006; 18 (2): 217 hasta 225.
6. Hammar A, Ardal G. *Frente Hum Neurosci* 2009; 3: 26.
7. Marazziti D et al. *Eur J Pharmacol* 2010; 626 (1): 83-86.
8. Pettit JW et al. *Psiquiatría Res* 2006; 141: doscientos setenta y uno hasta doscientos setenta y ocho.
9. Fava M et al. *J Clin Psiquiatría* 2006; 67 (11): 1.754-1759.
10. McClintock SM et al. *J Clin Psychopharmacol* 2011; 31: 180-186.
11. Trivedi MH et al. *J afecta Discordia* 2014; 152-154: 19-27.
12. Papakostas GI. *J Clin Psiquiatría* 2014; 75 (1): 8-14.
13. Jaeger J et al. *Psiquiatría Res* 2006; 145 (1): 39-48.
14. Alexopoulos GS et al. *Am J Geriatr Psiquiatría* 2003; 11 (1), 46-52.
15. Buist-Bouwman MA et al. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 118 (6): cuatrocientas cincuenta y una hasta cuatrocientos cincuenta y ocho.
16. McIntyre RS et al. *Presione Ansiedad* 2013; 30 (6): 515 a 527

<https://www.rethinkdepression.com/latest-thinking/cognitive-symptoms-in-depression/>

## Medición de la disfunción cognitiva en la depresión

[Compartir](#)



La disfunción cognitiva, a menudo visto como dificultad para concentrarse, indecisión, incapacidad para planificar y olvido, es particularmente problemático en la depresión por varias razones. Estos síntomas son muy prevalentes, durante y entre los episodios depresivos, impacto en el funcionamiento del paciente y se encuentran entre los síntomas



residuales más comunes. La presencia de los síntomas cognitivos de la depresión es probable que sea un factor de riesgo para la recaída.<sup>1-8</sup> disfunción cognitiva también puede tener una causal, así como una consecuencia, la relación con la depresión.<sup>7,8</sup>

**Los síntomas cognitivos comprenden uno de los nueve conjuntos de síntomas centrales del trastorno depresivo mayor en el DSM-5** y pueden desempeñar un papel clave en los pacientes lograr la recuperación funcional.<sup>1,9</sup> síntomas cognitivos de la depresión pueden ser evaluados por el auto-reporte, calificación clínico o de comportamiento observación, y a través de una amplia variedad de pruebas neuropsicológicas objetivas.<sup>10</sup>

### Automatizados digitales neuropsicológicas pruebas

#### Pruebas CANTAB

Estas pruebas, disponible [aquí, son pruebas cognitivas simples, automatizado, que puede evaluar la memoria, atención, función ejecutiva, la toma de decisiones y la cognición social.](#)<sup>11</sup> Una prueba de ejemplo para cada dominio cognitivo se proporciona a continuación, pero muchas de estas pruebas se pueden utilizar para evaluar varios dominios:

Cognitive domain	Example test
Memory	Paired Associates Learning (PAL)
Attention	Reaction Time (RT)
Executive function	Spatial Span (SSP)
Decision making	Stop Signal Task (SST)
Social cognition	Emotion Recognition Task (ERT)

#### Pruebas BrainBaseline

Estas pruebas, disponible [aquí, evalúan del paciente atención, función ejecutiva, memoria, procesamiento espacial, la coordinación y la velocidad de respuesta de trabajo.](#)<sup>12,13</sup> Se proporciona un ejemplo de prueba para cada dominio cognitivo a continuación, pero muchas de estas pruebas se puede utilizar para evaluar múltiples dominios:

Cognitive domain	Example Test
Attention	Blink
Executive Function	Stroop
Working Memory	Digit Span
Coordination	Task Switching
Spatial processing	Trails
Response speed	Face Task

## Paciente informó Cuestionarios de resultado

### Percibido cuestionario déficit (PDQ)

El **PDQ** es una 20 artículo, escala informado por el paciente que mide la **disfunción cognitiva** autopercibida. Proporciona una evaluación de la atención, la memoria retrospectiva, la memoria prospectiva, así como la planificación y organización. Una versión de cinco ítems abreviado también está disponible si el tiempo es limitado.<sup>14</sup>

Descubra cómo los síntomas cognitivos de la depresión pueden afectar el desempeño de los pacientes en el trabajo.

1. Greer TL et al. CNS Drugs 2010; 24 (4): 267-284.
2. Buist-Bouwman MA et al. Acta Psychiatr Scand 2008; 118 (6): cuatrocientos cincuenta y una hasta cuatrocientos cincuenta y ocho.
3. Jaeger J et al. Psiquiatría Res 2006; 145 (1): 39-48.
4. Judd LL et al. J afecta Disord 1998; 50 (2-3): 97-108.
5. McClintock SM et al. J Clin Psychopharmacol 2011; 31 (2): 180-186.
6. McIntyre RS et al. Presione Ansiedad 2013; 30 (6): 515 a 527.
7. Roiser JP et al. Neuropsicofarmacología 2012; 37 (1): 117-136.
8. Roiser JP, Sahakian BJ. SNC Spectr 2013; 18 (3): 139-149.
9. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta edición. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
10. Cusin C, Yang H, Yeung A, Fava M. Rating Scales para la depresión. En: Manual de escalas de evaluación clínica y evaluación de Psiquiatría y Salud Mental actual Clinical Psychiatry 2010, pp 7-35.
11. Roca PL et al. Psicológica Med 2013; 29 de octubre; 1-12.
12. Caffarra P et al. J Clin Exp Neuropsychol 2004; 26 (2): 246 a 250.
13. Katona C et al. Int Clin Psychopharmacol 2012; 27 (4): 215-223.
14. [http://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-Researchers/Clinical-Study-Measures/Perceived-Deficits-Questionnaire-\(PDQ\)](http://www.nationalmssociety.org/For-Professionals/Researchers/Resources-for-Researchers/Clinical-Study-Measures/Perceived-Deficits-Questionnaire-(PDQ))

<https://www.rethinkdepression.com/recognising-the-signs/measuring-cognitive-dysfunction-in-depression/>

## Perspectivas de los pacientes

Compartir



La depresión a menudo tiene un efecto debilitante sobre muchos aspectos de la vida de una persona, incluyendo las relaciones personales, el rendimiento en el trabajo y el disfrute de actividades de ocio.<sup>1,4</sup> Es también una carga económica grave para las personas y la sociedad.<sup>1-4</sup>

<https://www.rethinkdepression.com/recognising-the-signs/patients-perspectives/>

## OPCIONES DE TRATAMIENTO

La gravedad y la duración de la depresión deben determinar el tratamiento a un paciente. **AGRADABLES** directrices en el Reino Unido estipula que la depresión leve a moderada deben ser tratados con intervenciones psicológicas solamente, mientras que para la depresión más grave o no responde deberían combinarse con medicamentos antidepresivos.<sup>1</sup>

## FARMACOTERAPIA

Numerosos medicamentos, a través de una gama de clases, están disponibles para el tratamiento de la depresión. Todas las clases de antidepresivos afectan las

concentraciones de neurotransmisores monoamina, ya sea dentro de la neurona o en el espacio sináptico. Sin embargo, cómo lo hacen y los efectos adicionales que tienen diferentes:

Clase de medicación	Información general
Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS)	por ejemplo, el escitalopram, citalopram, fluoxetina Esta segunda generación de antidepresivos aumentan los niveles extracelulares de serotonina bloqueando el transportador de serotonina y se consideran con frecuencia la primera línea de tratamiento. <sup>2</sup>
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina-norepinefrina (IRSN)	por ejemplo, venlafaxina, duloxetina Esta clase de antidepresivos se cree que funciona al bloquear tanto los transportadores de serotonina y norepinefrina y aunque IRSN tienen una eficacia similar a los ISRS, que tienden a causar un mayor número de efectos secundarios. Sin embargo, proporcionan una valiosa alternativa de primera línea a los ISRS. <sup>2</sup>
Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (NRI)	por ejemplo, la reboxetina Una clase de fármaco que inhibe la recaptación de norepinefrina o. <sup>3</sup> Una revisión por un organismo regulador del Reino Unido proporciona evidencia de reboxetina como un tratamiento efectivo para la depresión adulta. <sup>2</sup>
Los antidepresivos	por ejemplo, clomipramina,

<p>tricíclicos (ATC)</p>	<p>amitriptilina</p> <p>ATC en gran medida han sido sustituidas por otras clases de medicamentos con perfiles de efectos secundarios más favorables y reducir el riesgo de sobredosis. Ahora están normalmente reservados para los pacientes que no responden a una serie de nuevas terapias. <sup>1</sup></p>
<p>Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)</p>	<p>por ejemplo iscarboxazid, trancypromine</p> <p>Primero desarrolló hace más de 50 años, los IMAO inhiben la descomposición de los neurotransmisores de monoamina aumentando su disponibilidad. Preocupaciones de efectos secundarios y tolerabilidad dirigidos a ellos se utilizan en gran medida como un tratamiento de último recurso, pero la investigación reciente sugiere que pueden ser adecuados para ciertos tipos de depresión. <sup>4</sup></p>
<p>Otros</p>	<p>por ejemplo vortioxetine, vilazodona</p> <p>Multimodal antidepressivos actúan sobre los receptores y transportadores para afectar los niveles de neurotransmisores y la actividad de los receptores de serotonina. La clase más recientemente desarrollada de antidepresivo. <sup>5</sup></p>

## LAS INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

Los tratamientos psicológicos forman un componente crítico del tratamiento de la depresión. Si bien una serie de terapias psicológicas están disponibles, el más comúnmente utilizado para la depresión son la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal.<sup>1</sup>

Tratamiento	Información general
La terapia cognitivo conductual (TCC)	TCC se basa en las propuestas que la actividad cognitiva afecta el comportamiento, se puede controlar y cambiar y que el cambio de comportamiento deseado se puede lograr a través del cambio cognitivo. <sup>6</sup> <b>TCC ha demostrado una eficacia limitada en la reducción de los síntomas</b> depresivos. <sup>7</sup>
La terapia interpersonal (IPT)	El objetivo del IPT es abordar cuestiones interpersonales dentro de las relaciones importantes, como la familia y los compañeros. <sup>8</sup> IPT parece ser un tratamiento efectivo para la depresión tanto solo como en combinación con la farmacoterapia. <sup>9</sup>
La terapia cognitiva basada en la Atención Plena (TCAP)	Una psicoterapia desarrollado recientemente que se ha demostrado que <b>reducir con éxito la recaída en la depresión</b> hasta en un 43%. <sup>10</sup> MBCT combina aspectos educativos psicológicos de la TCC con componentes de meditación de la reducción del estrés basado en la atención plena. <sup>11</sup>
La terapia psicodinámica (PDT)	PDT implica la autoayuda guiada para explorar y abordar los patrones de comportamiento inconscientes. Alguna evidencia sugiere que la TFD puede ser eficaz en la depresión y podría ser proporcionada en línea. <sup>12,13</sup> Eficacia de la terapia psicodinámica a corto

plazo en el tratamiento de la depresión también se ha demostrado a través de un meta-análisis de 23 estudios.<sup>3</sup>

Orientación del tratamiento farmacológico detallada para la depresión, de Niza en el Reino Unido, se puede ver [aquí](#).

1. El tratamiento y manejo de la depresión en los adultos, guía clínica NIZA 90. 2009.
2. Informe de Evaluación Pública UK MHRA. 2011. <http://www.mhra.gov.uk/home/groups/pl-p/documents/websitesources/cons129107.pdf>
3. Eydíng D et al. BMJ 2010; 341: c4737.
4. Yáñez M et al. Curr Top Med Chem 2012; 12 (20): desde 2275 hasta 2282.
5. Koenig AM et al. Pol Arch Med WEWN 2009; 119 (7-8): 478-486.
6. Ebrahim S et al. PLoS One 2012; 7 (11): e50202.
7. Churchill R et al. Base de Datos Cochrane Syst Rev 2013; 10: CD008705.
8. van Hees MLJM et al. BMC Psiquiatría 2013; 13: 22.
9. Cuijpers P et al. Am J Psiquiatría 2011; 168: desde 581 hasta 592.
10. Piet J y Hougaard E. Clin Psychol Rev 2011; 31 (6): 1032 a 1.040.
11. Williams JM et al. J Consult Clin Psychol 2014; 82 (2): 275 a 286.
12. Gibbons MB et al. Annu Rev Clin Psychol 2008; 4: 93-108.
13. R Johansson et al. PLoS One 2012; 7 (5): e38021.

<https://www.rethinkdepression.com/treating-depression/treatment-options/>

## LOS RESULTADOS FUNCIONALES

[Compartir](#)



La depresión es una enfermedad compleja que requiere la gestión de más de lo emocional experimentarlos de pacientes.<sup>03/01</sup> **Mientras que la remisión completa de la depresión se considera por lo general el objetivo del tratamiento, tratamientos de síntomas-centrado puede identificar erróneamente como pacientes recuperados cuando todavía están experimentando en curso reducciones en la calidad de vida (CdV).**<sup>4</sup>

### Mirando más allá de la remisión

En los últimos años, los objetivos del tratamiento de la depresión han evolucionado más allá de las definiciones basadas en síntomas de respuesta y remisión, que no corresponden a la recuperación según lo definido por los propios pacientes, y han puesto de relieve las necesidades que son satisfechas por los medicamentos actuales.<sup>5,6</sup>

### A la calidad de vida reducida

Aproximadamente el 3% de los pacientes con depresión tienen 'dentro de lo normal' la calidad de vida y, aunque el tratamiento dio lugar a mejoras significativas, **más del 50% de los pacientes tratados aún había QoL-deteriorado gravemente.**<sup>4</sup> Incluso en pacientes remitidos, 32-60% seguido han reducido la calidad de vida.<sup>4</sup>

Dirigiéndose a los resultados funcionales en pacientes les ofrece la oportunidad de mejorar su vida del día a día y merece ser una medida clave del éxito del tratamiento.<sup>7,8</sup>

### La remisión, recaída y residual?

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Quinta edición. DSM-5. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Fava M et al. J Clin Psiquiatría 2006; 67 (11): 1.754-1759.
3. McClintock SM et al. J Clin Psychopharmacol 2011; 31 (2): 180-186.
4. Ishak WW et al. Acta Psychiatr Scand 2014; doi: 10.1111 / acps.12301. [Epub ahead of print].
5. McIntyre RS et al. Presione Ansiedad 2013; 30 (6): 515 a 527.
6. Rosenzweig-Lipson S et al. Pharmacol Ther 2007; 113 (1): 134-153.
7. Ishak WW et al. Harv Res Psiquiatría 2011; 19 (5): 229 a 239.
8. Greer TL et al. CNS Drugs 2010; 24 (4): 267-284.

<https://www.rethinkdepression.com/treating-depression/functional-outcomes/>

## LA GESTIÓN DE LA DEPRESIÓN



Es bien sabido que la depresión puede ser difícil de manejar. Sin embargo, los intentos de optimizar el tratamiento puede ayudar a mejorar los resultados del paciente.

Los siguientes consejos pueden ser de utilidad:<sup>1</sup>

1. Construir una relación de confianza y el trabajo de una manera abierta, atractiva y de manera no crítica
2. Explora las opciones de tratamiento en una atmósfera de esperanza y optimismo, explicando los diferentes cursos de la depresión y que la recuperación es posible
3. Tenga en cuenta que el estigma y la discriminación pueden estar asociados con un diagnóstico de depresión
4. Asegúrese de que las discusiones se llevan a cabo en los entornos en los que se respeten la confidencialidad, la privacidad y la dignidad

5. Proporcionar la información adecuada a nivel del paciente de comprensión acerca de la naturaleza de la depresión y la gama de tratamientos disponibles
6. Asegúrese de que la información escrita completa está disponible en el idioma apropiado y en formato de audio, si es posible
7. Proporcionar y trabajar con soltura con intérpretes independientes (alguien que no se conoce a la persona con la depresión), si es necesario
8. Informar a las personas con depresión acerca de los grupos de autoayuda, grupos de apoyo y otros servicios locales y nacionales
9. Hacer todos los esfuerzos necesarios para garantizar que una persona con depresión puede dar consentimiento válido e informado antes de que comience el tratamiento. Esto es especialmente importante cuando una persona tiene depresión severa o está sujeta a la Ley de Salud Mental
10. Asegúrese de que el consentimiento para el tratamiento se basa en el suministro de información clara (que debería estar disponible en forma escrita) sobre la cubierta de la intervención:
  - Lo que pone en peligro
  - ¿Qué se espera de la persona, mientras que tenerlo
  - Los resultados probables (incluidos los efectos secundarios)

1. El tratamiento y manejo de la depresión en los adultos, guía clínica NIZA 90. 2009

<https://www.rethinkdepression.com/patient-management/managing-depression/>.

## APOYO AL PACIENTE



La no adherencia al tratamiento puede ser un obstáculo importante para la consecución de los resultados deseados del tratamiento para sus pacientes deprimidos. <sup>1</sup>

*En un estudio reciente, aproximadamente el 30% de los pacientes deprimidos eran no-adherente durante 12 semanas de tratamiento. <sup>1</sup>*

A través de 12 semanas de tratamiento, el 43,2% de los pacientes se detuvo / saltado dosis y el 12,9% redujo su dosis. <sup>1</sup> tratamiento Detención temprana es un problema común en los pacientes deprimidos; Sólo el 25-50% adhirió a la longitud de tiempo recomendado. <sup>2</sup>**Sin embargo, a pesar de la falta de adherencia puede afectar las tasas de respuesta y remisión, que puede haber un problema que los pacientes tratan de ocultar durante las citas.** <sup>3,4</sup>

Las razones de la falta de adherencia



Si la adherencia es importante para los resultados del tratamiento, ¿por qué los pacientes no toman su tratamiento prescrito?

Razones identificadas incluyen: <sup>5</sup>

- Efectos secundarios
- Los problemas cognitivos relacionados con la memoria y la concentración
- Sentimientos de desesperanza
- El estigma del tratamiento / depresión
- La falta de continuidad de la atención
- Regímenes de tratamiento complejos
- La falta o percibida falta de eficacia
- Percibida falta de necesidad de tratamiento
- La culpa - no merecen tratamiento
- Sin darse cuenta de la importancia de la adherencia adecuada

#### Dirigiéndose a la adhesión

Proporcionar apoyo a los pacientes a menudo es clave para el éxito del tratamiento. <sup>6</sup> Junto a la promoción de un entorno abierto y de apoyo para el paciente durante las citas de una variedad de otras intervenciones cruciales se puede ofrecer para mejorar los resultados: <sup>6</sup>

- **Educación** - ayudar al paciente ya su familia a entender que la depresión es una enfermedad médica tratable
- **La elección del tratamiento** - ofrecen una gama completa de opciones de tratamiento para el paciente, psicológica, así como la farmacoterapia
- **Actividad conductual** - empleando técnicas de comportamiento para ayudar a los pacientes hacer frente a las dificultades en la vida del día a día.
- **Monitoreo** - mantener un ojo en los eventos adversos y los cambios en sus síntomas depresivos

Herramientas adicionales incluyen la supervisión del farmacéutico, **pero la educación del paciente simple y específico y un seguimiento regular son clave para mejorar la adherencia.** <sup>5</sup> Los acontecimientos recientes que involucran el uso de teléfono y las intervenciones basadas en la web para ofrecer entrenamiento y apoyo también han demostrado una mayor adherencia y mejorar los resultados. <sup>7,8</sup>

#### Consiguiendo ayuda

Amigos y familiares a menudo pueden proporcionar un apoyo vital a los pacientes que luchan con su depresión. Sin embargo, algunos no pueden tener acceso a esta red de apoyo o se siente dispuesto a pedirles ayuda. Un número de grupos de apoyo están disponibles para los pacientes con depresión, ofreciendo asesoramiento y asistencia.

[La Federación Mundial de Salud Mental](#)

[La Asociación Europea de Depresión](#)

[La Federación Europea de Familiares de Personas con Enfermedad Mental](#)

- 
1. Serrano MJ et al. *Acras Esp Psiquiatr* 2014; (42 (3): 91-98.
  2. Warden D et al. *J Psychiatr Pract* 2014; 20 (2): 118-132..
  3. Dharmendra B et al. *J Neurochem* 2010; 112: 397-409.
  4. Chapman SC et al. *Curr Opin Psiquiatría* 2013; 26 (5): 446 a 452.
  5. Bucci KK et al. *Am J Health Syst Pharm*-2003; 60: 2.601 mil a 2 mil seiscientos cinco.
  6. Welhs K et al. *Am J Med Sci* 2011; 342 (4): 324 a 330.
  7. Mohr DC et al. *PLoS One* 2013; 8 (8): e70086.
  8. Wade AG y Häring J. *Int Clin Psychopharmacol* 2010; 25 (5): 288-296.

<https://www.rethinkdepression.com/patient-management/patient-support/>