GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL MANEJO DEL EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Y EPISODIO DEPRESIVO SEVERO SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

VERSIÓN EN EXTENSO

I. Lista completa de recomendaciones y buenas prácticas clínicas (BPC)

Enunciado	Tipo
Tamizaje de episodio depresivo*	
En pacientes adultos con episodio depresivo no bipolar, se definirá la severidad del episodio depresivo con el instrumento PHQ-9 (**Tabla N° 1**): • Puntaje de 10-14: episodio depresivo leve • Puntaje de 15-19: episodio depresivo moderado • Puntaje de 20-27: episodio depresivo severo	BPC
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo, referir al paciente a psiquiatría para manejo.	BPC
Tratamiento	
Pregunta 1. En adultos con episodio depresivo moderado o severo sin tratamiento previo, ¿se debería brindar solo tratamiento farmacológico o añadir psicoterapia?	
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin tratamiento previo, sugerimos brindar tratamiento farmacológico más psicoterapia en lugar de solo brindar tratamiento farmacológico, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos humanos y logísticos.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: baja (⊕⊕⊖⊖)
Pregunta 2. En adultos con episodio depresivo moderado o severo sin tratamiento previo, ¿qué fármacos antidepresivos se deberían usar como manejo inicial?	
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin tratamiento previo, sugerimos iniciar el manejo farmacológico con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS).	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
En pacientes que no toleren los efectos adversos de la terapia con uno de los ISRS, prescribir otro ISRS u otro grupo de antidepresivos teniendo en cuenta las comorbilidades, preferencias del paciente, la presencia de contraindicaciones, interacciones con otros fármacos, la disponibilidad del antidepresivo y el perfil de adherencia al antidepresivo.	BPC
Al prescribir un antidepresivo en un paciente con episodio depresivo severo considere: • Evaluar el estado mental y de ánimo antes de iniciar la prescripción. • Ser consciente de la posible aparición de pensamientos suicidas, autolesiones y suicidio en las primeras fases del tratamiento antidepresivo. • Luego del inicio con antidepresivo, realizar una evaluación continua según la frecuencia que considere necesaria (teniendo en cuenta las redes de apoyo, el ambiente familiar, los acontecimientos vitales pasados y nuevos, y cualquier cambio que podría afectar la mejoría del paciente).	BPC

La respuesta a la terapia se definirá como el cambio en el puntaje del PHQ-9 según las siguientes categorías: • Respuesta a la terapia: disminución de 50% a más en el puntaje basal de severidad de los síntomas. • Respuesta parcial a la terapia: disminución entre el 20 a 49% en el puntaje basal de severidad de los síntomas. • No respuesta a la terapia: disminución de 19% o menos en el puntaje basal de severidad de los síntomas.	BPC
En los pacientes que hayan alcanzado respuesta a la terapia farmacológica al menos a las 6 semanas de tratamiento, mantener la dosis del antidepresivo y continuar con la terapia.	BPC
En los pacientes que no hayan alcanzado respuesta a la terapia farmacológica al menos a las 6 semanas de tratamiento, incrementar la dosis del antidepresivo dependiendo de la respuesta actual a la terapia y la presencia de eventos adversos del paciente, hasta la máxima dosis tolerable (**Tabla N° 2**).	BPC
Si un paciente no ha respondido en absoluto tras al menos 12 semanas de medicación, discuta con ellos sobre: • Si existen factores personales, sociales, ambientales, condiciones físicas u otras condiciones de salud mental que puedan explicar por qué el tratamiento no está funcionando. • Si ha tenido problemas para seguir el plan de tratamiento (por ejemplo, olvidarse de tomar el fármaco). • El diagnóstico y considerar la posibilidad de comorbilidades y la progresión de la severidad del trastorno depresivo que puedan limitar la respuesta a los tratamientos de la depresión. Si se da cualquiera de estos casos, tome una decisión compartida con el paciente sobre la mejor manera de tratar de resolver los problemas planteados.	BPC
En los pacientes que hayan alcanzado remisión de los síntomas, considerar continuar la farmacoterapia durante al menos seis meses, luego de lo cual reducir gradualmente la dosis del antidepresivo hasta el cese.	BPC
Si un paciente alcanzó la remisión de síntomas, dar de alta luego del periodo de reducción y cese del antidepresivo. De lo contrario, considerar las opciones de tratamiento de la respuesta inadecuada luego de una discusión informada entre el médico y paciente sobre los potenciales riesgos y beneficios del tratamiento teniendo en cuenta las características de cada paciente incluyendo comorbilidades, uso de medicación concomitante, factibilidad, tolerancia al nuevo fármaco, preferencias del paciente y disponibilidad del fármaco. Estas opciones son: • Cambiar a otro antidepresivo. • Añadir otro antidepresivo. • Añadir otro fármaco no antidepresivo.	BPC
Pregunta 3. En adultos con episodio depresivo moderado o severo sin tratamiento previo, ¿qué psicoterapia se debería usar como manejo inicial?	
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin tratamiento previo, sugerimos optar por cualquiera de las siguientes psicoterapias, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos humanos y logísticos, la capacitación disponible de los terapeutas, y el cuadro clínico del paciente:	Recomendación condicional a favor

• Terapia cognitivo conductual • Activación conductual • Resolución de problemas • Terapias de la tercera ola • Terapia interpersonal • Terapia psicodinámica a corto plazo • Terapia de revisión de vida	Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
Informar al paciente si hay listas de espera para el inicio de la psicoterapia y cuánto tiempo es probable que haya que esperar. Mantenerse en contacto con el paciente a intervalos regulares, asegurarse de que los pacientes sepan cómo acceder a la ayuda en caso de empeoramiento de su estado, y que sepan con quién pueden ponerse en contacto sobre su evolución en la lista de espera.	BPC
Utilizar manuales oficiales de psicoterapia para orientar la forma, duración y finalización de estas intervenciones (como el manual de Beck para TCC).	BPC
Considerar las características de las psicoterapias presentadas en la **Tabla N° 3** para determinar su aplicación en el paciente.	BPC
Considerar las psicoterapias en formato grupal para fortalecer la red de apoyo de los pacientes.	BPC
Si un paciente ha respondido al menos en la 6ta sesión de psicoterapia, continuar con la psicoterapia durante al menos seis meses hasta la remisión de síntomas.	BPC
Si un paciente no ha respondido en absoluto al menos en la 6ta sesión de psicoterapia, discuta con ellos sobre: • Si existen factores personales, sociales, ambientales, condiciones físicas u otras condiciones de salud mental que puedan explicar por qué el tratamiento no está funcionando. • Si ha tenido problemas para seguir el plan de tratamiento (por ejemplo, si ha faltado a las sesiones con el terapeuta). • El diagnóstico y considerar la posibilidad de comorbilidades y la progresión de la severidad del trastorno depresivo que puedan limitar la respuesta a los tratamientos de la depresión. Si se da cualquiera de estos casos, tome una decisión compartida con el paciente sobre la mejor manera de tratar de resolver los problemas planteados.	BPC
Si un paciente alcanzó la remisión de síntomas, dar de alta. De lo contrario, considerar las opciones de tratamiento de la respuesta inadecuada.	BPC
Pregunta 4: En adultos con episodio depresivo moderado o severo que no responden al tratamiento farmacológico de un antidepresivo a dosis adecuadas, ¿qué combinación de dos fármacos antidepresivos se debería usar?	
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin respuesta al tratamiento farmacológico con un ISRS a dosis adecuadas, sugerimos adicionar mirtazapina como terapia combinada con dos antidepresivos.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin respuesta al tratamiento farmacológico con venlafaxina a dosis adecuadas, considerar adicionar mirtazapina como terapia combinada con dos antidepresivos.	BPC

Realizar un seguimiento continuo para controlar la respuesta a la dosis prescrita y monitorear la aparición de cualquier efecto adverso en el paciente. De haber alguno, evaluar si este se debe a la combinación de fármacos antidepresivos y considerar suspender su uso según la dosis administrada y la gravedad de los efectos adversos.	BPC
Considere reevaluar la respuesta a la combinación de dos antidepresivos luego del periodo establecido individualizado para cada paciente. Si el paciente responde al tratamiento, continuar con farmacoterapia según el manejo individualizado del paciente. Tener en cuenta que la duración del tratamiento puede aumentar si el paciente presenta riesgo de recurrencia. Si el paciente presenta respuesta parcial o no respuesta: • Discutir sobre la existencia de factores, problemas para seguir el plan terapéutico que pueden explicar el tratamiento fallido. • Evaluar la presencia de una patología subyacente. • Considerar optar por las otras alternativas de respuesta inadecuada.	BPC
Pregunta 5. En adultos con episodio depresivo moderado o severo que no responden al tratamiento farmacológico de un antidepresivo a dosis adecuadas, ¿qué opción de cambio a otro antidepresivo se debería usar?	
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin respuesta al tratamiento farmacológico con un ISRS a dosis adecuadas, sugerimos el cambio a mirtazapina como una alternativa de manejo.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin respuesta al tratamiento farmacológico con un ISRS a dosis adecuadas, considere prescribir el cambio a otro ISRS como una alternativa de manejo.	BPC
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin respuesta al tratamiento farmacológico con un ISRS a dosis adecuadas, considere prescribir el cambio a venlafaxina como una alternativa de manejo.	BPC
Cuando se cambia de un fármaco ISRS a otro, la reducción del fármaco anterior y el aumento del nuevo fármaco suelen ser de forma gradual. Si se produce una respuesta insuficiente a la dosis terapéutica mínima del nuevo fármaco, considere ajustar la dosis dentro del rango terapéutico durante el tratamiento. Mantener las dosis que logran respuesta.	BPC
Considere reevaluar la respuesta al cambio de antidepresivo luego del periodo establecido individualizado para cada paciente. Si el paciente responde al tratamiento, continuar con farmacoterapia según el manejo individualizado del paciente. Tener en cuenta que la duración del tratamiento puede aumentar si el paciente presenta riesgo de recurrencia. Si el paciente presenta respuesta parcial o no respuesta: • Discutir sobre la existencia de factores, problemas para seguir el plan terapéutico que pueden explicar el tratamiento fallido. • Evaluar la presencia de una patología subyacente. • Considerar optar por las otras alternativas de respuesta inadecuada.	BPC
Pregunta 6. En adultos con episodio depresivo moderado o severo que no responden al tratamiento farmacológico de un antidepresivo a dosis adecuadas, ¿qué fármaco no antidepresivo se debería añadir?	

En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin respuesta al tratamiento farmacológico de un antidepresivo a dosis adecuadas, sugerimos agregar un antipsicótico de segunda generación (aripiprazol, quetiapina, risperidona, olanzapina, o ziprasidona) al tratamiento con un fármaco antidepresivo.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: Baja (⊕⊕⊖⊖)
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin respuesta al tratamiento farmacológico con un antidepresivo a dosis adecuadas, sugerimos no agregar litio de forma rutinaria al tratamiento con un fármaco antidepresivo.	Recomendación condicional en contra Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
En pacientes adultos con episodio depresivo severo sin respuesta al tratamiento farmacológico con un antidepresivo a dosis adecuadas, se puede considerar agregar litio al tratamiento con un fármaco antidepresivo solo cuando el paciente tenga ideación suicida.	BPC
Al prescribir litio como adyuvante en depresión unipolar, se debe programar un dosaje de este al llegar a dosis terapéuticas (900-1200mg por día) y a los 5-7 días luego de cada incremento de dosis. Dosar litio antes de cualquier incremento de dosis si no se dispone de un control en las 2 semanas previas. Considerar que la concentración plasmática objetivo de litio se encuentra entre 0.6-1.2 mEq/L.	BPC
En pacientes adultos con episodio depresivo moderado o severo sin respuesta al tratamiento farmacológico de un antidepresivo a dosis adecuadas, sugerimos agregar lamotrigina al tratamiento con un fármaco antidepresivo.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja (⊕⊖⊖⊖)
Considere reevaluar la respuesta a la adición de fármaco no antidepresivo luego del periodo establecido individualizado para cada paciente. Si el paciente responde al tratamiento, continuar con farmacoterapia según el manejo individualizado del paciente. Tener en cuenta que la duración del tratamiento puede aumentar si el paciente presenta riesgo de recurrencia. Si el paciente presenta respuesta parcial o no respuesta: • Discutir sobre la existencia de factores, problemas para seguir el plan terapéutico que pueden explicar el tratamiento fallido. • Evaluar la presencia de una patología subyacente. • Considerar optar por las otras alternativas de respuesta inadecuada.	BPC
Pregunta 7. En adultos con episodio depresivo severo sin respuesta al tratamiento farmacológico previo, ¿se debería utilizar la terapia electroconvulsiva?	
En pacientes adultos con episodio depresivo severo sin respuesta al tratamiento farmacológico previo, sugerimos ofrecer la terapia electroconvulsiva, tomando en cuenta las características del paciente.	Recomendación condicional a favor Certeza de la evidencia: muy baja

	(⊕⊖⊖⊖)
Considere la terapia electroconvulsiva para el tratamiento de episodio depresivo severo si: • El paciente acepta la terapia electroconvulsiva en preferencia a otros tratamientos. • Se necesita una respuesta rápida (por ejemplo, si la depresión constituye una amenaza contra la vida porque la persona no está comiendo o bebiendo). • Otros tratamientos no han sido exitosos.	BPC
Considere la terapia electroconvulsiva por vía ambulatoria si es que se cumple todo lo siguiente: • Bajo riesgo de suicidio. • Enfermedad relativamente menos severa. • No alteración en el nivel nutricional o de hidratación del paciente. • Enfermedades médicas concomitantes no significativas. • Bajo riesgo anestésico. • Adecuado soporte familiar /cuidadores con la capacidad de proveer un transporte al hospital y del hospital a su domicilio. • Capacidad para cumplir con los preparativos para la terapia electroconvulsiva como ayunos y las indicaciones medicamentosas. • No evidencia de alteración cognitiva durante el curso de la terapia electroconvulsiva. En caso de no cumplirse con todos los criterios, considere la hospitalización.	BPC
Considere realizar la terapia electroconvulsiva para personas con episodio depresivo severo en sesiones de 2 a 3 veces por semana, en función de la situación clínica, hasta lograr disminución de los síntomas depresivos.	BPC

Recomendación basada en evidencias o buenas prácticas clínicas (BPC).

*Los enunciados de tamizaje de episodio depresivo fueron establecidos en la GPC para el Tamizaje y el Manejo del Episodio Depresivo Leve en el Primer Nivel de Atención, 2019 (1).

Tabla N°1. Instrumento de tamizaje de episodio depresivo – Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Instrumento de tamizaje de episodio depresivo: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)				
A. Datos del paciente				
• Nombre del paciente:				
• Número de historia clínica:				
• Fecha de atención:				
B. Tamizaje del episodio depresivo				
Durante los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas? (Marque con una "X")	**Nunca**	**Varios días** (1 a 6 días)	**Más de la mitad de los días** (7 a 11 días)	**Casi todos los días** (12 más días)
	0 puntos	**1 punto**	**2 puntos**	**3 puntos**
1. Tener poco interés o placer en hacer las cosas				
2. Sentirse desanimado(a), deprimido(a), o sin esperanza				
3. Con problemas en dormirse o en mantenerse dormido(a), o en dormir demasiado				
4. Sentirse cansado(a) o tener poca energía sin motivo que lo justifique				
5. Tener poco apetito o comer en exceso				
6. Sentir mal acerca de si mismo(a) o sentir que es un(a) fracasado(a) o que se ha fallado a sí mismo o a su familia				
7. Tener dificultad para concentrarse en las cosas que hace como leer el periódico o mirar televisión				
8. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta o de lo contrario, está tan agitado(a) o inquieto(a) que se mueve mucho más de lo acostumbrado				
9. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto(a) o de que quisiera hacerse daño de alguna forma buscando morir				
C. Sumatoria de puntajes				
Sumatoria de puntajes				
D. Resultado del tamizaje				
• Sumatoria de puntajes de las columnas ≥ 10 puntos: Tamizaje **positivo** para episodio depresivo. ○ Puntaje de 10-14: episodio depresivo leve ○ Puntaje de 15-19: episodio depresivo moderado ○ Puntaje de 20-27: episodio depresivo severo • Sumatoria de puntajes de las columnas < 10 puntos: Tamizaje **negativo** para episodio depresivo.				

Fuente: Guía de Práctica Clínica para el Tamizaje y el Manejo del Episodio Depresivo Leve en el Primer Nivel de Atención, 2019 (1).

Tabla N° 2. Características de los antidepresivos en EsSalud, dosis e incremento gradual de dosis inicial en caso de no respuesta.

Grupo farmacológico	Antidepresivo	Presentación (Petitorio EsSalud 2022)	Dosis inicial‡	Incremento gradual de la dosis inicial en caso de no respuesta	Dosis máxima*‡	Dosis inicial en adultos mayores	Efectos adversos frecuentes
Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS)	Fluoxetina (clorhidrato)	Tableta de 20 mg	20 mg por día	20 mg cada dos semanas	80 mg por día	10 mg por día	Disminución de la libido sexual, ansiedad, sequedad de mucosas, náuseas, alteración del sueño, disminución de peso
	Sertralina (hidrocloruro)	Tableta de 50 mg	50 mg por día	25-50 mg cada semana	200 mg por día	25 mg por día	Disminución de la libido sexual, diarrea, ansiedad, sequedad de mucosa, náuseas, aumento de peso
Inhibidores de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina (IRSN)	Venlafaxina XR (XR: liberación prolongada)	Cápsula de 75 mg	75 mg por día	75 mg cada semana	225 mg por día §	75 mg por día	Disminución de la libido sexual, náuseas, vómitos
Antidepresivos Atípicos (AA)	Mirtazapina	Tableta de 30 mg	15 mg por día (antes de dormir)	15 mg cada semana	45 mg por día	7.5 mg por día (antes de dormir)	Incremento del apetito, ganancia de peso, disturbio del sueño
Antidepresivos Tricíclicos (AT)	Amitriptilina	Tableta de 25 mg	25-50 mg por día (una sola dosis antes de dormir o en dosis divididas)	25-50 mg cada semana	300 mg por día †	10-25 mg por día (antes de dormir)	Mioclonías, disfunción eréctil, diaforesis, arritmias (consideraciones en pacientes con antecedente de cardiopatías)
	Clomipramina (clorhidrato)	Tableta de 25 mg	25-50 mg por día (antes de dormir)	50 mg cada 1-3 días	250 mg por día	10-25 mg por día (antes de dormir)	

*Dosis máxima permitida del antidepresivo y no necesariamente la dosis requerida para el manejo del episodio depresivo moderado o severo.
† Considerar que la dosis de amitriptilina no suele ser mayor de 150 mg para el manejo del episodio depresivo.
‡ Rango de dosis aprobada por la FDA y EMA, adaptado de la RS de Cipriani 2018 (2).
§ En caso solo se cuente con venlafaxina con liberación inmediata, considerar que la dosis máxima es hasta 375 mg/día.
Fuente: Adaptado de la GPC del Departamento de Defensa de Estados Unidos para el tratamiento del trastorno depresivo mayor 2022 (3), la GPC de para el Tamizaje y el Manejo del Episodio Depresivo Leve en el Primer Nivel de Atención de EsSalud 2019 (1), y la RS de Cipriani 2018 (2).

Tabla N° 3. Opciones de psicoterapias para el manejo en pacientes con episodio depresivo moderado o severo.

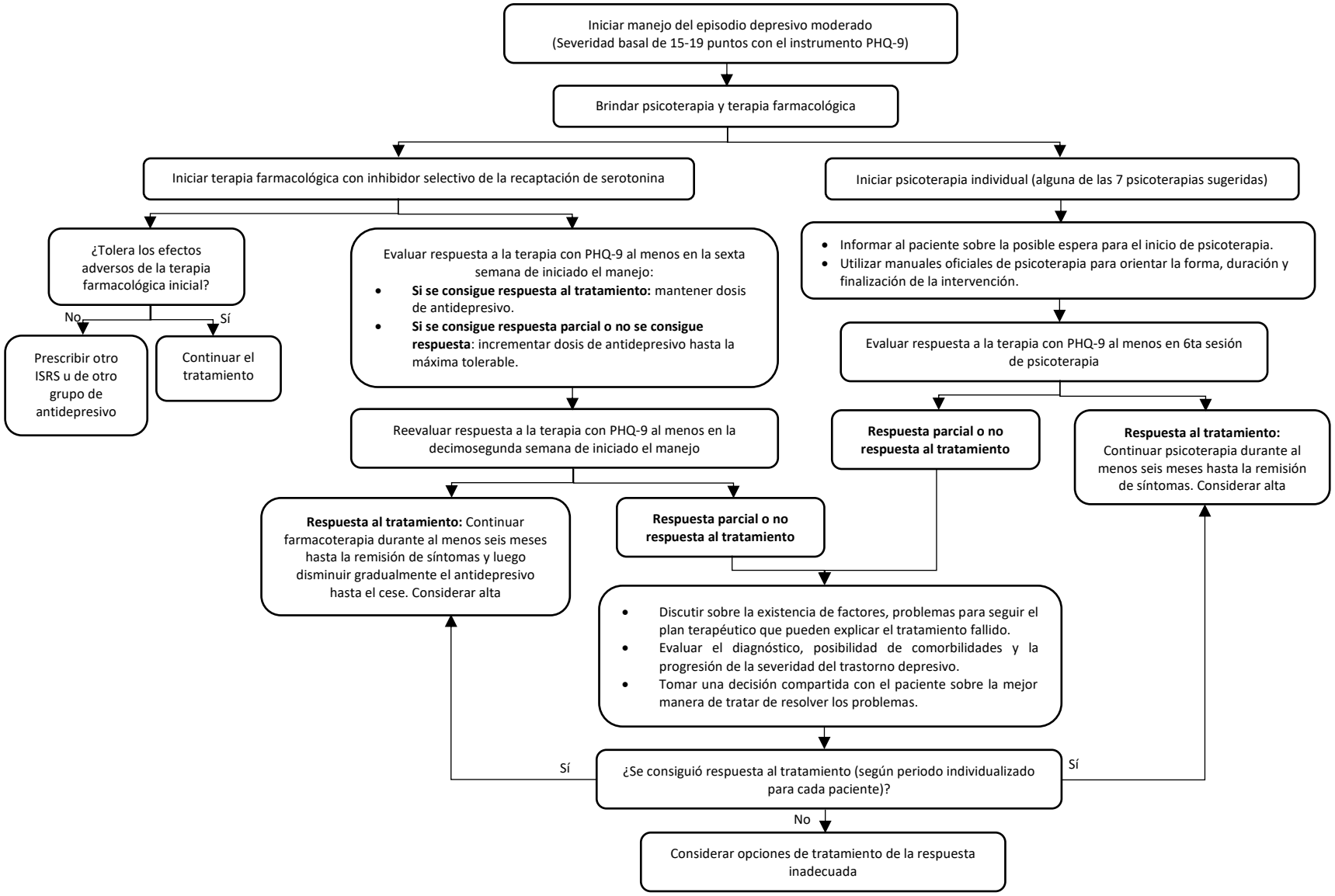
Tipo de psicoterapia*	Administración	Características	Otras consideraciones
Terapia cognitivo conductual (TCC)	• Intervención individual a cargo de un psiquiatra o psicólogo con formación en psicoterapia†. • Suele constar de 16 sesiones regulares, aunque pueden necesitarse sesiones adicionales. • Se administra según los manuales de tratamiento actuales.	• Se centra en cómo interactúan los pensamientos, creencias actitudes, sentimientos y comportamiento, y enseña habilidades para afrontar situaciones de la vida de forma diferente. • Se centra en resolver los problemas actuales.	• Puede ser útil para las personas con pensamientos negativos o patrones de conducta poco útiles que desean cambiar. • La persona debe estar dispuesta a completar deberes para casa.
Terapia de activación conductual	• Intervención individual a cargo de un psiquiatra o psicólogo con formación en psicoterapia†. • Suele constar de 12 a 16 sesiones regulares, aunque pueden necesitarse sesiones adicionales. • Se administra según los manuales de tratamiento actuales.	• Se centra en identificar la relación entre las actividades de una persona y su estado de ánimo. • Ayuda a la persona a reconocer patrones y a planificar cambios prácticos que reduzcan la evitación y se centren en comportamientos relacionados con la mejora del estado de ánimo. • Se centra en resolver los problemas actuales. • No se dirige directamente a sentimientos.	• Puede ser útil para las personas con retraimiento social, realizan menos cosas, inactividad, o ha seguido un cambio de circunstancias o de rutina. • La persona debe estar dispuesta a completar deberes para casa.
Terapia de resolución de problemas	• Intervención individual a cargo de un psiquiatra o psicólogo con formación en psicoterapia†. • Suele constar de 6 a 12 sesiones regulares, aunque pueden necesitarse sesiones adicionales. • Se administra según los manuales de tratamiento actuales.	• Se centra en identificar problemas, generar soluciones, seleccionar la mejor opción, desarrollar un plan y evaluar si ha ayudado a resolver el problema. • Se centra en resolver los problemas actuales.	• Puede ser útil para las personas que quieren afrontar dificultades actuales y mejorar las experiencias futuras. • La persona debe estar dispuesta a completar deberes para casa.
Terapias cognitivo-conductuales de la tercera ola	• Intervención individual a cargo de un psiquiatra o psicólogo con formación en psicoterapia†. • Suele constar de 8 sesiones regulares para TCC basada en la atención plena y 12 a 16 sesiones para la terapia de aceptación y compromiso, aunque pueden ser necesarias sesiones adicionales. • Se administra según los manuales de tratamiento actuales.	• Se centra en los aspectos contextuales de la conducta y cómo adaptarla hacia algo más saludable, en lugar de eliminarla. • La terapia de aceptación y compromiso se centra en reducir la evitación experiencial y aumentar el comportamiento basado en valores. • La TCC basada en la atención plena se centra en ser consciente de los sentimientos y pensamientos para buscar un afrontamiento positivo. • Se centra en resolver los problemas actuales.	• Puede ser útil para pacientes con pensamientos de rumiación y evitación de determinadas situaciones o supresión de pensamientos. • La persona debe estar dispuesta a completar deberes para casa.
Psicoterapia interpersonal (TIP)	• Intervención individual a cargo de un psiquiatra o psicólogo con formación en psicoterapia†. • Suele constar de 16 sesiones regulares, aunque pueden ser necesarias sesiones adicionales. • Se administran según los manuales de tratamiento actuales.	• Se centra en identificar cómo las relaciones interpersonales o las circunstancias están relacionadas con los sentimientos de depresión, explorar las emociones y cambiar las respuestas interpersonales. • Se centra en resolver los problemas actuales. • El objetivo es cambiar los patrones de relación en lugar de dirigirse directamente a los pensamientos depresivos asociados.	• Puede ser útil para personas con depresión asociada a dificultades interpersonales, especialmente para adaptarse a transiciones en las relaciones, pérdidas o cambios en los roles interpersonales. • Requiere la voluntad de examinar las relaciones interpersonales.
Terapia psicodinámica a corto plazo	• Intervención individual a cargo de un psiquiatra o psicólogo con formación en psicoterapia†. • Suele constar de 16 sesiones regulares, aunque pueden ser necesarias sesiones adicionales.	• Se centra en reconocer sentimientos difíciles en relaciones significativas y situaciones estresantes, y en identificar cómo pueden repetirse los patrones. • Se centra tanto en el insight como en el afecto.	• Puede ser útil para personas con dificultades emocionales y de desarrollo en las relaciones que contribuyen a su depresión. • Puede ser menos adecuado para personas que no quieran

	• Utiliza un protocolo validado específicamente desarrollado para la depresión.	• Relación entre terapeuta y persona con depresión está enfocado en apoyo al trabajo a través de conflictos actuales.	centrarse en sus propios sentimientos, o que no deseen o no se sientan preparadas para hablar de relaciones cercanas y/o familiares. • Centrarse en experiencias dolorosas en relaciones cercanas y/o familiares podría ser inicialmente angustioso.
Terapia de revisión de vida	• Intervención individual a cargo de un psiquiatra o psicólogo con formación en psicoterapia†. • Suele constar de 8 sesiones regulares, aunque pueden ser necesarias sesiones adicionales. • Se administran según los manuales de tratamiento actuales.	• Se centra en recordar eventos y experiencias pasadas con la intención de llegar a comprender que la propia vida ha sido y sigue siendo significativa y positiva. • Es importante explorar todas las fases evolutivas hasta llegar al momento presente donde se realiza una síntesis de toda la vida.	• Puede ser útil para paciente que necesitan apoyo para hacer frente a las adversidades de la vida.

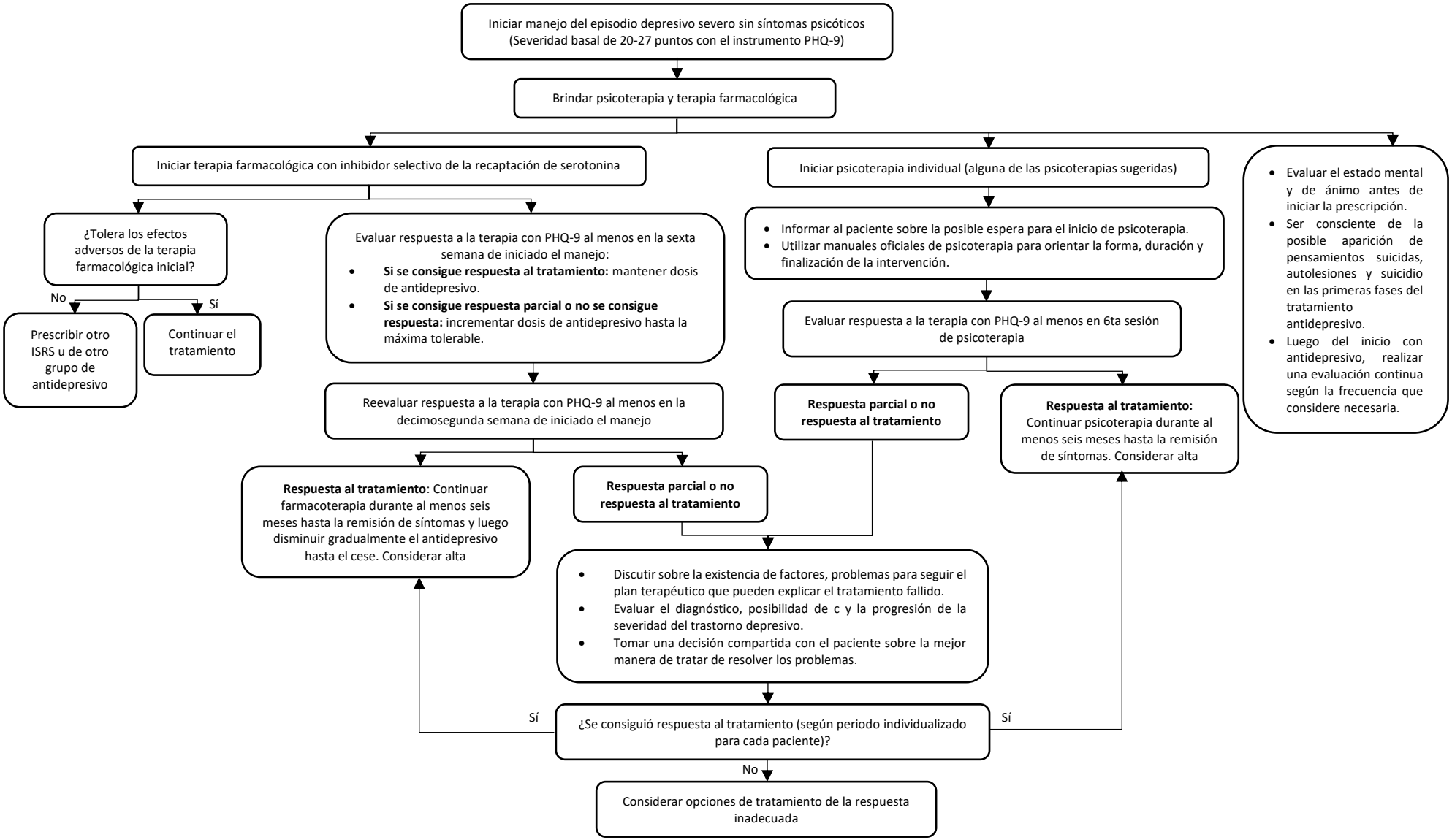
*Se muestran las psicoterapias sin orden de prioridad.
† El EsSI (Servicio de Salud Inteligente de EsSalud) solo permite la codificación de psicoterapia (90804 o 90806 o 90806.05 o 90806.06 o 90832 o 90834 o 90837 o 90860 o 96100.11) para médicos psiquiatras y psicólogos.
Fuente: Adaptado de la GPC NICE 2022 (4) y en consenso con el GEG de la presente guía.

II. Flujogramas

Flujograma 1. Manejo del episodio depresivo moderado



Flujograma 2. Manejo del episodio depresivo severo sin síntomas psicóticos



Flujograma 3. Manejo farmacológico de la respuesta inadecuada a un antidepresivo

