



# DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

MÓDULO II

Dr. Rommel Andrade Carrillo  
Médico psiquiatra  
Epidemiólogo

Para uso exclusivo del profesional de la salud.





© Saned 2022

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada, o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de los Editores.

**Sanidad y Ediciones, S.L.**

[gruposaned@gruposaned.com](mailto:gruposaned@gruposaned.com)

Poeta Joan Maragall, 60, 1a. 28020 Madrid.

Tel.: 91 749 95 00 - Fax: 91 749 95 01

Carrer Frederic Mompou, 4A, 2o, 2a. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona.

Tel.: 93 320 93 30 - Fax: 93 473 75 41

# DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

## MÓDULO II

Rommel Andrade Carrillo

- Médico psiquiatra
- Epidemiólogo
- Certificado en Terapia Dialéctico Conductual
- Entrenado en tratamiento para Trastornos de la Conducta Alimentaria

<b>2.1</b>	<b>Proceso de diagnóstico</b>	<b>4</b>
<b>2.2</b>	<b>DSM- IV, DSM-V, ICD-10 y Escala Hamilton.</b> Poblaciones especiales: Escala de Yesavage, Minimental (geriatría), escala de Edimburgo (posparto)	<b>6</b>
<b>2.3</b>	<b>Criterios diagnóstico</b>	<b>9</b>
<b>2.4</b>	<b>Instrumentos de detección</b>	<b>12</b>
<b>2.5</b>	<b>Condiciones de éxito en la remisión de la enfermedad</b>	<b>15</b>
<b>2.6</b>	<b>Diagnósticos diferenciales</b>	<b>16</b>

## 2.1 Proceso de diagnóstico

Los trastornos depresivos son las enfermedades mentales más comunes en la población general, alcanzando prevalencias a nivel mundial durante la vida de hasta un 10 a un 25 % en mujeres y del 5 al 12 % en hombres, mientras que en primeros niveles de atención en salud se puede encontrar en una consulta habitual una prevalencia del 5 al 9 % de este trastorno mental.<sup>1</sup>

Su impacto genera importantes pérdidas: en Estados Unidos su costo fue de 233 billones de dólares durante el año 2016 reportándose, además, que el hecho de tener una enfermedad mental aumentó las tasas de reingreso hospitalario en los 30 días siguientes posterior al alta aumentando aún más los costos en salud relacionados. Se ha estimado que es la cuarta causa de pérdidas medida por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) puntuando por encima de enfermedades cardíacas y enfermedad cerebrovascular.<sup>2</sup> Otra razón por la cual es importante el diagnóstico de depresión es por el riesgo suicida inherente al mismo, encontrándose que sujetos con trastornos afectivos tienen un riesgo suicida de vida aumentado en un 0,5 % a 4 % al compararlos con población general.<sup>3</sup>

A pesar de la existencia de dichos datos relacionados con las consecuencias de la depresión en diferentes ámbitos (tanto a nivel individual como social), hasta dos tercios de los casos en países como Estados Unidos no se diagnostican, por ende, no se tratan, empeorando la calidad de vida y la productividad de quienes la padecen que, finalmente termina siendo en gran medida población económica activa.<sup>2,4</sup> Mientras que otros reportes han descrito una cifra más alta, en la que el 50 % de los pacientes deprimidos evaluados en consulta de medicina general pueden no ser diagnosticados.<sup>2</sup>

Este subdiagnóstico podría explicarse en parte por el hecho de que la depresión es una enfermedad que puede debutar con síntomas que no son propiamente afectivos, dentro de

los cuales se destacan: síntomas somáticos (cefalea, tensión muscular, fatiga, alteraciones de sueño y apetito, entre otros), dificultades psicosociales o incluso con síntomas ansiosos. En un estudio se encontró que hasta el 70 % de pacientes deprimidos que consultaron a un servicio de medicina general reportaron solo síntomas sintomáticos vagos retrasando así el diagnóstico del trastorno afectivo.<sup>1,2</sup>

Por esta razón es fundamental el entrenamiento de los médicos generales en la identificación de estos pacientes ya que son ellos quienes muchas veces hacen el primer contacto con dicha población e incluso se encargan del tratamiento sin necesidad de remisión a otros niveles de atención; con respecto a esto, se ha descrito que los médicos generales diagnostican solo el 47% de los pacientes deprimidos que asistieron a su consulta; y en un metaanálisis de 19 estudios se encontró que por cada 100 casos diagnosticados con depresión por medicina general hubo más falsos positivos que falsos negativos o diagnósticos reales.<sup>5</sup>

Las recomendaciones frente a cómo proceder con respecto a identificar posibles pacientes con este diagnóstico varía de acuerdo con las fuentes consultadas, es por esto por lo que podemos encontrar que en algunas guías de Estados Unidos se recomienda un tamizaje de rutina para depresión, en contraste con lo que proponen las guías canadienses y del Reino Unido, mientras que para otros países como Dinamarca una herramienta de evaluación se recomienda en grupos de alto riesgo. El debate con respecto a este tema se enfrenta a datos contradictorios donde, por ejemplo, se ha demostrado en una cohorte prospectiva evaluando grupo de alto riesgo se encontraron prevalencias de solo un 1 % de trastorno depresivo mayor.<sup>5-7</sup>

Tomando en cuenta las razones anteriores la identificación de la depresión es fundamental a través del reconocimiento temprano de la población en riesgo, el diagnóstico propiamente dicho y posteriormente el tratamiento y recuperación.

## 2.2 Sistemas clasificatorios actuales

Con respecto a los sistemas clasificatorios actuales vale la pena mencionar algunas particularidades:

### Manual estadístico diagnóstico quinta edición (DSM-5)

Es el manual diagnóstico realizado por la Asociación Americana de Psiquiatría, siendo la quinta edición la más reciente la cual fue socializada para su uso en el año 2013 y es ampliamente utilizada por clínicos de diferentes países.<sup>8,9</sup>

Las diferencias para el diagnóstico de episodio depresivo mayor radica en que existen varios "Trastornos depresivos", incluyendo algunos nuevos entre los que se destacan: El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA) el cual se puede diagnosticar en caso de pacientes menores de 18 años con irritabilidad persistente y episodios frecuentes de marcado descontrol conductual, de esta manera disminuyendo el sobrediagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar en esta población.<sup>10</sup>

Por otro lado, lo que en el DSM-IV se conocía como Distimia ahora se le llama "Trastorno depresivo persistente" e incluye la antigua distimia y el trastorno depresivo mayor crónico.<sup>10</sup>

Ahora, en el Trastorno Depresivo Mayor como tal no hubo cambios en los dos síntomas principales del diagnóstico ni en la duración de este; sin embargo, permite utilizar el especificador de "características mixtas" si presenta hasta tres síntomas maniformes, (insuficientes para hacer diagnóstico de manía e hipomanía), al igual que ya se puede especificar si hay síntomas ansiosos asociados.<sup>10</sup>

### Clasificación internacional de enfermedades décima edición (CIE-10)

O que caracteriza este sistema clasificatorio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los especificadores asociados en los que se podía aclarar si la depresión presentaba síntomas somáticos (haciendo referencia a los síntomas que clásicamente se han considerados "melancólicos" o "endógenos"), si hay o no síntomas psicóticos; al igual que si ha habido remisión de síntomas o no y se establece pues una categoría denominada trastorno afectivo persistente, incluida la distimia.<sup>11</sup>

### Clasificación internacional de enfermedades decimoprimer edición (CIE-11)

Una de las metas de esta versión fue minimizar las diferencias aleatorias o arbitrarias entre la CIE-11 y el DSM-5, con algunas diferencias conceptuales permitidas siempre y cuando estuviesen justificadas. Los cambios más destacados en esta versión son los siguientes:<sup>11</sup>

- Se incorporan los trastornos afectivos inducidos por sustancias y los síndromes secundarios del estado de ánimo.
- Los síndromes secundarios no quedan excluidos de la clasificación de los trastornos afectivos ya que antes hacían parte de los "Trastornos del humor orgánicos".
- Aparecen como subcategorías en los trastornos depresivos el concepto de remisión parcial y total.
- La distimia como trastorno distímico aparece dentro de los trastornos depresivos y no por un subagrupamiento separado de la CIE-10 de trastornos afectivos persistentes, que incluían la distimia y la ciclotimia, (como ocurría previamente).
- La distimia puede manifestarse como irritabilidad generalizada en niños o adolescentes.

- Aparece la categoría de trastorno mixto de ansiedad y depresión haciendo parte de los trastornos depresivos.
- El trastorno disfórico menstrual ahora hace parte de los trastornos depresivos.
- Ya son solo dos los síntomas principales para el episodio depresivo: el estado de ánimo depresivo y la anhedonia, retirando la disminución de la energía o fatigabilidad que se mencionaba en la CIE-10), además, la desesperanza se agregó como un síntoma cognitivo adicional.
- La gravedad del trastorno no depende más de un número determinado de síntomas, sino por la intensidad de los síntomas y la disfuncionalidad asociada.
- La depresión moderada puede acompañarse de síntomas psicóticos a diferencia de la CIE-10 donde solo ocurría este tipo de síntomas en el subtipo grave.
- Se pueden añadir una serie de especificadores que describen la presentación y las características de los episodios incluyendo persistencia de los síntomas, comorbilidad con ansiedad o con ataques de pánico, patrón estacional, presencia de síntomas melancólicos, aparición de psicosis y si el episodio ocurre durante el embarazo, parto o puerperio.

Cabe destacar que los criterios diagnósticos de esta edición aún no se encuentran en vigencia.



## 2.3 Criterios diagnósticos

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del DSM-5 para trastorno depresivo mayor:<sup>12</sup>

Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es<sup>1</sup> estado de ánimo deprimido o<sup>2</sup> pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5 % del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: en los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

- **5.** Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  - 6.** Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  - 7.** Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por estar enfermo).
  - 8.** Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  - 9.** Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
  - El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
  - El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
  - Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos de la CIE-10 para un episodio depresivo:<sup>13</sup>

Guías de CIE-10 para diagnosticar un episodio depresivo	
<b>Síntomas típicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ánimo deprimido.</li> <li>• Pérdida de interés y disfrute por actividades que antes eran placenteras.</li> <li>• Disminución de energía o fatiga aumentada.</li> </ul>
<b>Otros síntomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración disminuida.</li> <li>• Autoestima y autoconfianza reducida.</li> <li>• Ideas de culpa y minusvalía.</li> <li>• Visión pesimista sobre el futuro.</li> <li>• Ideas o actos de auto-lesionismo o suicidio.</li> <li>• Alteración del sueño.</li> <li>• Disminución del apetito.</li> </ul>
<b>Episodio leve</b>	Al menos dos síntomas típicos y otros dos síntomas.
<b>Episodio moderado</b>	Al menos dos síntomas típicos y otros tres (preferiblemente 4) síntomas adicionales.
<b>Episodio grave</b>	Los tres síntomas típicos y otros cuatro síntomas.

## 2.4 Instrumentos de detección

PHQ-9, escala Hamilton, escala de ansiedad y depresión hospitalaria (hads), beck (escala auto aplicable)

El uso obligatorio de herramientas diagnósticas cuando se sospecha depresión podría ser en teoría una forma apropiada y efectiva de captar pacientes con ese diagnóstico; sin embargo, la información al respecto es controversial y contradictoria. Un estudio danés comparó el tamizaje para este diagnóstico en una población de alto riesgo en contra de una búsqueda de casos realizada por médicos generales, donde se utilizó un instrumento validado llamado la *Major Depression Inventory* (MDI), en sujetos donde la sospecha clínica frente a esta enfermedad mental fuera alta, encontrando que el tamizaje a población de alto riesgo no aportó nada extra a la aplicación de una escala por parte de los médicos generales a pacientes con clínica de depresión.<sup>14</sup>

Por otro lado, en un ensayo clínico, (también realizado en Dinamarca), en 244 participantes no se encontró beneficio en la precisión diagnóstica en la aplicación de la MDI por parte de médicos generales en individuos con sospecha de depresión al compararlo con el diagnóstico usual a través de la anamnesis realizada en el consultorio por este mismo personal de salud.<sup>5</sup>

Adicionalmente no hay evidencia suficiente que sugiera cada cuánto debe hacerse el tamizaje ni cuál debe ser la herramienta ideal para realizarlo,<sup>3</sup> algunas de las más utilizadas son:

### *Patient Health Questionnaire (PHQ-2):*

Es una herramienta que evalúa el estado afectivo de un sujeto las dos semanas anteriores a la realización de esta, a través de un par de preguntas correspondientes a los dos síntomas principales de depresión (ánimo depresivo y anhedonia); es válida como una herramienta de tamizaje inicial en todos los grupos de edad que al ser positiva para alto riesgo debe posteriormente realizarse una evaluación a mayor profundidad. Su sensibilidad está entre el 78 % y el 92 %.<sup>3</sup>

### *Patient Health Questionnaire (PHQ-9)*

es otra herramienta que evalúa el estado afectivo de un sujeto las dos semanas anteriores a la realización de esta, a través de nueve preguntas correspondientes a los síntomas principales de depresión lo cual permite que su sensibilidad ascienda a un 91-94 % al compararlo con la PHQ-2.<sup>3</sup>

### *Beck Depression Inventory (BDI)*

Es un cuestionario de autoevaluación de 21 ítems para evaluar la gravedad de la depresión en poblaciones con y sin antecedente de enfermedad mental. Desarrollado por Beck y cols. en 1961, utiliza como base la teoría de las distorsiones cognitivas negativas como elemento central de la depresión. Posteriormente se sometió a revisiones en 1978: el BDI-IA y 1996 y el BDI-II, siendo la última muy utilizada con traducción a varios idiomas. La BDI Fast Screen es una versión más corta, para pacientes médicos en atención primaria.<sup>15</sup>

### *Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)*

Fue creada por los psiquiatras Zigmond y Snaith en 1983, con el objetivo de medir síntomas de ansiedad y depresión en individuos en hospitales generales que, previamente no reportaban un trastorno mental de base.<sup>16</sup>

### *Grupos especiales*

Las recomendaciones sobre herramientas de tamizaje y evaluación de acuerdo con las condiciones específicas del sujeto examinado,<sup>3,17</sup> son las siguientes:

GRUPO POBLACIONAL	HERRAMIENTA SUGERIDA	CONSIDERACIONES
Niños y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PHQ para adolescentes</li> <li>• BDI</li> <li>• PHQ 2</li> </ul>	Las guías <i>Bright Future</i> de la Academia Americana de Pediatría recomienda tamizaje anual para depresión en pacientes de 12 a 21 años.

GRUPO POBLACIONAL	HERRAMIENTA SUGERIDA	CONSIDERACIONES
<p><b>Mujeres gestantes y en posparto</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PHQ-2</li> <li>• PHQ-9</li> <li>• Escala de depresión posnatal de Edinburgh (EDPS)</li> <li>• Escala de tamizaje de depresión posparto</li> </ul>	<p>EDPS es la herramienta más utilizada en estos casos, fácil de calificar y se ha traducido a más de 50 idiomas</p> <p>Escala de tamizaje de depresión posparto es la más completa de las herramientas disponibles, pero requiere mucho más tiempo para implementarla, por lo que puede no ser práctica en algunos casos.</p> <p>No existe una recomendación específica en cuanto a la frecuencia de tamizaje, pero se recomienda una vez durante el embarazo y a las 4 a 8 semanas posparto.</p>
<p><b>Adultos mayores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de depresión geriátrica</li> <li>• Escala de Cornell para depresión en demencia</li> <li>• PHQ-2</li> </ul>	<p>La escala de depresión geriátrica es útil en población sin trastornos neurocognitivos asociados, no incluye síntomas somáticos para evitar confusión.</p>
<p><b>Pacientes con condiciones médicas crónicas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BDI</li> <li>• PHQ 2</li> <li>• PHQ-9</li> </ul>	<p>La evidencia ha sugerido que esta población podría tener 1,45 veces más riesgo de depresión por lo cual se recomienda hacer tamizaje en estos pacientes</p>

## 2.5 Condiciones de éxito en la remisión de la enfermedad

Para muchos de los pacientes, la depresión tiende a tener un curso episódico con mejoría intercrisis; sin embargo, la naturaleza del trastorno es impredecible e incluye: duración de los episodios, número de episodios durante la vida y patrón sintomático.

Sin embargo, hay información que trata de predecir el curso natural de la misma: algo que se ha propuesto es que la probabilidad de recurrencia es alta, y que el riesgo aumenta con cada episodio que presentan; por eso, tratar de prevenir futuras crisis debe ser uno de los objetivos principales en esta población a través de la intervención de los factores relacionados a recaídas.<sup>18</sup>

Uno de los factores más frecuentemente relacionados con la aparición de depresión son los estresores psicosociales, donde algunas situaciones tales como abuso emocional, abuso físico, exposición a crimen, ausencia de seguros de salud, pobres condiciones de vivienda y estrés financiero pueden desencadenar un episodio depresivo o empeorar uno en curso; por esta razón, se ha descrito que intervenir estos factores puede mejorar la calidad de vida y la productividad laboral de quienes la padecen mejorando de esta manera no solo la respuesta al tratamiento sino una rehabilitación más integral.<sup>4,19</sup>

Otro factor que se ha encontrado como un predictor de mejores desenlaces es la identificación temprana del episodio depresivo, ya que al identificarse rápidamente el tratamiento también inicia de forma temprana evitando complicaciones asociadas; de esta forma la detección temprana, la intervención y el tratamiento adecuado pueden promover remisión, prevenir recaídas y reducir la carga emocional y financiera de la enfermedad.<sup>20,21</sup>

## 2.6 Diagnósticos diferenciales

Cuando no se cumplan los criterios diagnósticos de depresión se deben sospechar otros trastornos mentales que si bien aparecen en el DSM-5 como parte de los "trastornos depresivos", no son exactamente lo mismo, tales como:<sup>3</sup>

### Duelo

Aunque cada vez hay menos evidencia de excluir las depresiones por duelos de las depresiones secundarias a otros estresores psicosociales por diferentes factores: sintomáticamente puede no haber distinción, la respuesta al tratamiento (psicoterapia y farmacoterapia) parece ser similar al de otros tipos de depresiones, la temporalidad utilizada por el DSM-IV para describir cuánto podría demorar un duelo era arbitraria y la evidencia ha demostrado que su duración puede prolongarse incluso a 12 meses, (distinto a los dos meses que antes se sugerían), y finalmente las personas que se deprimen durante un duelo muchas veces tienen una predisposición genética para un trastorno depresivo como tal, por consiguiente, se beneficiarían muy probablemente del manejo propuesto.<sup>10</sup>

### Trastorno depresivo persistente

Incluye distimia y trastorno depresivo mayor persistente según el DMS-5,<sup>10</sup> cuyos números de episodios y duración son mayores que los del Trastorno Depresivo Mayor.

### Trastorno disfórico premenstrual

Consiste en alteraciones afectivas, conductuales, cognitivas y síntomas físicos en mujeres, pero ocurren únicamente durante la fase lútea del ciclo menstrual (desde la ovulación hasta la menstruación) y se resuelve después de la aparición de la menstruación.<sup>8</sup>



### Trastorno depresivo inducido por medicación/sustancias

Ocurre cuando la depresión aparece durante el uso o al mes posterior del consumo de sustancias psicoactivas o algún medicamento.<sup>8</sup>

Por otro lado, es necesario descartar otras condiciones de salud mental donde la depresión hace parte del diagnóstico primario per se, como ocurre con el trastorno afectivo bipolar y el trastorno esquizoafectivo. Adicionalmente, aunque no se hace de forma rutinaria, en ocasiones es necesario solicitar paraclínicos básicos tales como: hemograma (infecciones crónicas, malignidad, anemia), hormona estimulante de tiroides (hipo e hipertiroidismo), pruebas hepáticas (encefalopatía hepática), electrolitos (alteraciones en metabolismo del sodio), vitamina B12 (anemia perniciosa), entre otros, dependiendo la sospecha clínica y en algunas poblaciones especiales como son los pacientes adultos mayores.<sup>3</sup>

### BIBLIOGRAFIA

1. R., & de Silva, V. (2008). Diagnosis and management of depression. *The Ceylon Medical Journal*, 53(2), 60–62. <https://doi.org/10.4038/cmj.v53i2.236>
2. Kuboki, T., & Hashizume, M(n.d.). Clinical Diagnosis and Treatment of Mild Depression. In *Journal of the Japan Medical Association* (Vol. 54, Issue 2).
3. Maurer, D M, Raymond, T J, & Davis, B N (2018). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In *Am Fam Physician* (Vol. 98, Issue 8). <https://www.aafp.org/afp/2006/1015/p1395.html> and <https://familydoctor.org/conditions/depression>.
4. Williams, S Z, Chung, G S, & Muennig, P A. (2017). Undiagnosed depression: A community diagnosis. *SSM - Population Health*, 3, 633–638. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2017.07.012>
5. Brinck-Claussen, U Ø, Curth, N K, Christensen, K S, Davidsen, A S, Mikkelsen, J H, Lau, M E, Lundsteen, M, Csillag, C, Hjorthøj, C, Nordentoft, M, & Epløv, L F (2021). Improving the precision of depression diagnosis in general practice: a cluster-randomized trial. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01432>
6. Siu, A. L, Bibbins-Domingo, K, Grossman, D C, Baumann, L C, Davidson, K W, Ebell, M, García, F A R, Gillman, M, Herzstein, J, Kemper, A R, Krist, A H, Kurth, A E, Owens, D K, Phillips, W R, Phipps, M G, & Pignone, M P (2016). Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 380–387. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.18392>

7. Thombs, B D, Ziegelstein, R C, Roseman, M, Kloda, L A, & Ioannidis, J P A. (2014). There are no randomized controlled trials that support the United States Preventive Services Task Force guideline on screening for depression in primary care: A systematic review. *BMC Medicine*. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-13>
8. Thomas, E, Seedat S (2018). The diagnosis and management of depression in the era of DSM-5. *South African Family Practice* 2018; 60 (1): 22-28 [www.tandfonline.com/oem](http://www.tandfonline.com/oem)
9. Tolentino, J C, & Schmidt, S L (2018). DSM-5 criteria and depression severity: Implications for clinical practice. *Frontiers in Psychiatry*, 9(OCT). <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00450>
10. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. American Psychiatric Association.
11. Gallego Rodríguez JM, Gómez de Lara EV (2021). Artículo de Revisión: "Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos". *Psiquiatría.com* 2021 VOL 25. ISSN: 1137-3148
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition ed: DSM-5. Washington, DC.: American Psychiatry Association, 2013
13. World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>
14. Christensen, K S, Sokolowski, I, & Olesen, F (2011). Case-finding and risk-group screening for depression in primary care. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(2), 80–84. <https://doi.org/10.3109/02813432.2011.554009>
15. Jackson-Koku, G (2016). Beck depression inventory. In *Occupational Medicine* (Vol. 66, Issue 2, pp. 174–175). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv087>.
16. Guillén-Díaz-Barriga, C, Luisa Mónica González-Celis Rangel, A; Tamara Sánchez Cervantes, C (2018). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) en mexicanos con asma: Confiabilidad y validez. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133959841009>.
17. Evans, M, & Mottram, P (2000). Diagnosis of depression in elderly patients. In *APT* (Vol. 6).
18. Malhi, G S, & Mann, J J (2018). Depression. In *The Lancet* (Vol. 392, Issue 10161, pp. 2299–2312). Lancet Publishing Group. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2).
19. Gilman, S E, Trinh, N H, Smoller, J W, Fava, M, Murphy, J M, Breslau, J (2013). Psychosocial stressors and the prognosis of major depression: A test of Axis IV. *Psychological Medicine*, 43 (2), 303–316. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001080>.
20. Hung, C, Yu, N W, Liu, C Y, Wu, K Y, & Yang, C H (2015). The impact of the duration of an untreated episode on improvement of depression and somatic symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2245–2252. <https://doi.org/10.2147/NDT.S89498>
21. Halfin, A (2007). Depression: The Benefits of Early and Appropriate Treatment. *The American Journal of Managed Care*, vol. 13, no. 4. PMID: 18041868



IPP



IPP



IPP



Número de Aviso a la COFEPRIS: 223300202C5259  
Número de Registro Sanitario: 210M2018SSA-IV (Rexulti)  
Número de Registro Sanitario: 211M2014 SSA-IV (Brintellix)  
Número de Registro Sanitario: 282M2002 SSA-IV (Lexapro)

Lundbeck México, S.A. de C.V.: Av. Insurgentes Sur 1457, Piso 14 de Torre Manacar, Col. Insurgentes Mixcoac, C.P. 03920, Deleg. Benito Juárez, Ciudad de México, México.