



HUMANIZACIÓN

DE LA ATENCIÓN Y EL TRATO A
LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN

Autores

Dr. José Manuel Montes Rodríguez

Dr. Julio Zarco Rodríguez



HUMANIZACIÓN

DE LA ATENCIÓN Y EL TRATO A
LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN

Autores

Dr. José Manuel Montes Rodríguez

Jefe de Sección de la Unidad de Hospitalización
de Psiquiatría del Hospital Universitario Ramón y Cajal

Dr. Julio Zarco Rodríguez

Director gerente del Hospital Infantil Universitario
Niño Jesús y Presidente de la Fundación Humans

Coordinación editorial: Edryx Healthcare

Xavier Oleart Martínez

Consultor

Josep Solanes Batlló

Redactor médico



HUMANIZACIÓN

DE LA ATENCIÓN Y EL TRATO A LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN

Índice de contenidos

Prólogo	5
1. Introducción	7
2. Antecedentes y situación global, contexto clínico y humanización de la atención sanitaria del paciente con depresión	8
2.1. Fisiopatología	8
2.2. Prevalencia e incidencia	8
2.3. Clasificación	9
2.4. Humanización y asistencia sanitaria en salud mental (y en depresión)	10
3. Perfil del paciente con depresión	12
3.1. Síntomas	12
3.2. Calidad de vida y necesidad de un abordaje integral	13
4. Manejo del paciente con depresión	14
4.1. Principios fundamentales para la atención sanitaria del paciente con depresión	14
4.2. Evaluación y reconocimiento de la enfermedad	15
4.3. Selección del tratamiento	17
4.4. Administración del tratamiento	17
4.5. Tratamiento de episodios de depresión leve o moderada	22
4.6. Tratamiento de episodios de depresión moderada-grave	23
4.7. Prevención de recaídas	23
4.8. Tratamientos de segunda línea	24
4.9. Síntomas de depresión crónica	25
4.10. Personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad	25
4.11. Depresión psicótica	25
4.12. Terapia electroconvulsiva	26
4.13. Estimulación magnética transcraneal	26
4.14. Tratamiento de la depresión resistente	27
4.15. Acceso y coordinación de la atención sanitaria	27
5. Retos y propuestas para potenciar la atención humanizada de las personas con depresión	30
5.1. La humanización en los planes de salud mental en España	32
6. Conclusiones	35
7. Referencias	36



Prólogo

En la actualidad, el impacto de enfermedades como la depresión, los trastornos mixtos y la patología mental en general sobre las personas, las familias y la sociedad en su conjunto es elevadísimo. La sociedad actual, con sus ritmos vertiginosos, la cosificación de los individuos y la relativización de los valores, conlleva y aboca a una cierta situación de desarraigo existencial, que psiquiatras clásicos como Viktor Frankl denominaban «neurosis existencial».

El ser humano producto de la finalización de la Segunda Guerra Mundial, en las últimas décadas del siglo XX, se ha quedado expuesto a la fascinación tecnológica careciendo de una base humanística que le de soporte ético, filosófico y existencial. El siglo XXI ha dado origen a un ser humano que pasa de *homo sapiens* a *homo faber*, dando prioridad a un mundo tecnológico, productivo de gran inmediatez, donde todo lo que no explique la ciencia no existe, todo lo que no es innovación tecnológica es antiguo y todo lo que no sea inmediato no vale la pena.

A lo largo de los siglos, la práctica médica ha estado condicionada por la visión del mundo que tienen las personas que se dedican al desarrollo de las ciencias sociosanitarias. El «ser-y-estar-en-el-mundo» de los filósofos existencialistas ha estado condicionado por los avances científicos y técnicos y por la metáfora que se tenga del cosmos. Las patologías mentales no han estado exentas de esta visión del mundo y, por ello, hemos materializado disciplinas como la psiquiatría, donde el mundo imperante es el mundo del neurotransmisor y sus receptores, y la psicología ha estado condicionada por un conductismo neoliberal.

La pregunta es: ¿qué visión necesitan las personas con enfermedades mentales en la actualidad? En este mundo frío y material de la farmacoterapéutica, la neurobiología y el conductismo, ¿es posible una visión más integral del fenómeno humano? En un mundo intelectual donde la corriente de pensamiento más importante es la visión transhumana del cosmos, ¿cabe lo humano? ¿Es posible concebir una visión científica y fenomenológica del ser humano enfermo? En la actualidad, hemos sido conscientes de que todo lo que hacemos por nuestros pacientes es importante, pero necesitamos hacer un movimiento de la consciencia y contextualizar al ser humano desde una perspectiva sistémica y ecológica de la existencia. Además, debemos penetrar en la urdimbre de los sentimientos humanos, como bien decían Laín y Roff, para poder conocer la experiencia de la enfermedad. Sin la experiencia de la enfermedad (es decir, su perspectiva fenomenológica) y sin la visión sistémica, no tendremos más remedio que fraccionar al ser humano en mónadas de conocimiento, y el ser



humano, al igual que la existencia, es un fenómeno complejo que debemos de «aprehender» en su totalidad.

Desde la Fundación Humans llevamos muchos años queriendo propiciar este cambio de visión del ser humano, lo que denominamos la «homosfera sociosanitaria», en la visión de la atención que dispensamos a las personas. Esta visión no solo requiere una aproximación fenomenológica y sistémica, sino también una visión interdisciplinar del fenómeno humano físico, mental, social y trascendente; y, para ello, requiere la aplicación de los valores humanísticos no solo a la visión antropológica del ser, sino también al *pathos* del mismo.

Esta es nuestra propuesta en este trabajo. La persona con depresión debe de ser abordada desde estas múltiples perspectivas. Las moléculas, receptores y neurotransmisores son tan importantes como el amor que siento a mi pareja, mis miedos, mis creencias y mi fondo antropológico y cultural. Los principios humanísticos aplicados a las personas vulnerables -especialmente a las que padecen trastornos mentales y, concretamente, depresión- es la humanización del manejo y atención a dichas personas. Este trabajo trata de conciliar ciencia y arte, tecnología y humanismo, conocer y sentir, en definitiva: dar herramientas para conocer en profundidad, que es sinónimo de sentir como sienten otros, en un ejercicio de empática racionalista. Espero y deseo que todos los profesionales sanitarios que se dirijan a este trabajo conozcan de primera mano el manejo científico de las personas con depresión y, a la vez, sean conscientes de este cambio de visión, que exige una mirada más profunda y transversal.

Gracias a laboratorio Lundbeck por habernos permitido trabajar de manera libre y sin injerencias y a todos los profesionales de la salud mental que habéis compartido vuestro conocimiento de manera generosa para mejorar la vida de nuestros semejantes en el planeta Tierra. ¡Gracias!

Dr. Julio Zarco
Presidente de la Fundación Humans





1. Introducción

La depresión es un trastorno mental de alta prevalencia en el mundo que representa un **desafío global significativo** debido a su impacto en la salud individual y a las implicaciones psicosociales y económicas que conlleva. Afecta profundamente la **calidad de vida**, interfiriendo en las esferas personal, laboral y social, además de generar elevados **costes económicos** relacionados con el tratamiento, la pérdida de productividad y la presión sobre los sistemas de salud. Globalmente, la depresión constituye también un reto sanitario al estar **vinculada con otras enfermedades crónicas** como el cáncer, la esclerosis múltiple o el dolor crónico, donde su presencia puede agravar los síntomas físicos, dificultar la adherencia a los tratamientos médicos y empeorar el pronóstico general.

En este escenario, el **manejo terapéutico de la depresión** tiene como objetivo la recuperación funcional completa, minimizando los síntomas residuales para optimizar la calidad de vida del paciente. Esto incluye evaluar **la eficacia, la seguridad y la tolerabilidad** de los tratamientos empleados¹. Con respecto a estos últimos aspectos, es crucial abordar la existencia de efectos adversos, incluyendo algunos como el **embotamiento emocional**, que puede ser tanto consecuencia de la enfermedad como de ciertos antidepresivos², o la **disfunción sexual**, una esfera particularmente sensible en el diagnóstico y tratamiento³. También se debe considerar el impacto de los tratamientos sobre el **peso corporal**, seleccionando opciones que eviten incrementos significativos a largo plazo o, en casos específicos, que permitan contrarrestar la pérdida de peso inicial asociada a cuadros graves⁴. Además, es fundamental priorizar fármacos con bajo riesgo de interacciones, pautas posológicas

simples y un perfil que favorezca la **adherencia** al tratamiento.

No obstante, alcanzar estos objetivos terapéuticos plantea retos importantes. Es esencial desarrollar herramientas que permitan **identificar a los pacientes** más propensos a efectos adversos como embotamiento emocional, disfunción sexual o alteraciones del peso, personalizando así los tratamientos. Además, es necesario **investigar fármacos con perfiles de seguridad y tolerabilidad superiores, que minimicen interacciones y simplifiquen los regímenes terapéuticos**. Asimismo, resulta clave mejorar la educación del paciente y facilitar el acceso a servicios de apoyo integrales, abordando las dimensiones psicosociales de la depresión para garantizar resultados sostenibles a largo plazo.

La **humanización de la atención sanitaria debería convertirse en el eje vertebrador de estos esfuerzos**, integrando un enfoque centrado en la persona que contemple tanto los **retos clínicos como las dimensiones emocionales, sociales y culturales** de la depresión. Esto implica situar al paciente en el centro del proceso terapéutico, con intervenciones adaptadas a sus necesidades, valores y circunstancias, fomentando un entorno empático y de confianza. También abarca la creación de **espacios sanitarios que reduzcan el estigma asociado a los trastornos mentales** y la **formación continua de los profesionales de salud en habilidades de comunicación y sensibilidad emocional**. Este enfoque no solo busca mejorar los resultados clínicos, sino también dignificar la experiencia del paciente durante su recuperación.

Este trabajo pretende actualizar conceptos sobre el manejo y atención de las personas con depresión en un marco de humanismo socio-





sanitario. La excelencia en la atención unida a la visión humanística garantizará una mejor expectativa del paciente y su familia sobre los cuidados ofrecidos.

2. Antecedentes y situación global, contexto clínico y humanización de la atención sanitaria del paciente con depresión

2.1 Fisiopatología

La depresión es un **trastorno mental multifactorial** que afecta al estado de ánimo, la cognición y el funcionamiento general del individuo. Desde el punto de vista fisiopatológico, se ha vinculado a desequilibrios en los neurotransmisores cerebrales, especialmente serotonina, noradrenalina y dopamina, que influyen en la regulación del estado de ánimo, el apetito y el sueño⁵. Sin embargo, la fisiopatología de la depresión es mucho más compleja, interviniendo otros muchos cambios del funcionamiento cerebral. Así, se ha identificado una relación bidireccional entre la existencia de inflamación y una neuroplasticidad alterada, lo que sugiere que procesos inflamatorios crónicos y la disminución de la conectividad neuronal desempeñan un papel clave en el desarrollo de la enfermedad^{6,7}. A esto hay que añadir el impacto de factores genéticos, con una heredabilidad estimada aproximada del 37 %, y de factores ambientales, como el estrés prolongado y los traumas en la infancia⁸. Además, el **trastorno depresivo mayor [TDM]** tiene una relación compleja y bidireccional con otros aspectos del funcionamiento general del organismo como la obesidad y los problemas metabólicos asociados.

2.2. Prevalencia e incidencia

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes a nivel global, que en 2020 padecía más de 300 millones de personas en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). En Europa, se estima una tasa de prevalencia cercana al 6,5 % entre la población en general, lo que la convierte en una de las principales causas de carga de enfermedad⁹. En España, las cifras son igualmente alarmantes, con una prevalencia anual de aproximadamente el 5 % de la población adulta, según el Instituto Nacional de Estadística (INE). Según la American Psychological Association¹⁰, el **TDM** es, desde 2013, la segunda causa principal de discapacidad tanto a nivel mundial¹¹ como en los EE.UU.¹².

Este trastorno no solo representa un desafío médico, sino también económico, que genera costes elevados para los sistemas de salud debido al uso prolongado de recursos sanitarios, la pérdida de productividad laboral y la necesidad de cuidados prolongados. Se estima que, en los EE.UU. el coste ocasionado por el trastorno depresivo mayor fue de 210.000 millones de dólares en 2010¹³. El coste más importante es el causado de forma indirecta, por ejemplo, las encuestas sobre Salud Mental de la OMS revelaron que la depresión representaba más del 5 % de la pérdida de productividad por enfermedad, con un promedio anual de 34,4 "días de baja" por participante, que fue similar en todos los países. En Canadá, los datos recopilados durante un periodo de 10 años mostraron que los trabajadores con trastorno depresivo mayor tenían el doble de probabilidades de dejar su empleo en comparación con aquellos que no padecían depresión⁶. Desde el punto de vista familiar, el impacto financiero



puede ser devastador, especialmente cuando los cuidadores deben reducir su jornada laboral o abandonar el empleo para atender al paciente. La depresión también exacerba problemas psicosociales como el aislamiento social, el estigma y las dificultades en las relaciones interpersonales, lo que perpetúa un ciclo de vulnerabilidad emocional y empeoramiento de la calidad de vida¹⁴. Estos factores subrayan la necesidad de enfoques integrales que aborden tanto los aspectos clínicos como las dimensiones sociales y emocionales de la enfermedad para mitigar su impacto en las personas y en la sociedad.

2.3. Clasificación

El término *depresión* engloba varios tipos de trastornos mentales que se clasifican según su manifestación y gravedad a partir de lo establecido en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* por sus siglas en inglés) o en la décima revisión de los *Episodios depresivos recurrentes* de la *Clasificación internacional de enfermedades (CIE-11)* para los trastornos mentales y del comportamiento^{15,16}.

El **TDM** es el tipo más común y se caracteriza por la persistencia de al menos 5 de los siguientes síntomas durante un período mínimo de dos semanas con un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer¹⁵:

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 (p.

ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

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 de un 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 autorreproche 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 sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

Además, los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. Y el episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.





El **trastorno depresivo persistente** (previamente llamado distimia) se define por un estado de ánimo bajo crónico con una duración de al menos dos años, junto con al menos dos de los siguientes síntomas¹⁵:

1. Desesperanza
2. Insomnio o hipersomnia
3. Comer en exceso o tener poco apetito
4. Fatiga o poca energía
5. Baja autoestima e indecisión
6. Dificultad para concentrarse

Cuando el paciente no cumple con los criterios establecidos para los trastornos depresivos mencionados (por falta de síntomas), pero experimenta episodios recurrentes de bajo estado de ánimo y al menos otros cuatro síntomas de depresión con una duración de entre 2 y 13 días (depresión breve recurrente) o un episodio depresivo de entre 4 y 13 días (episodio depresivo de corta duración), el *DSM-5* los clasifica como **otros trastornos depresivos no especificados**¹⁵, que también se ha denominado **depresión subclínica**¹⁷.

Se ha descrito también la **depresión posparto**, que afecta a mujeres después del parto¹⁸; el **trastorno afectivo estacional**, un subtipo de trastorno depresivo mayor vinculado a los cambios estacionales que suele empezar en otoño y acaba en primavera¹⁹; y la **depresión bipolar**, que ocurre en el contexto de trastorno bipolar y se alterna con episodios de manía o hipomanía⁴.

Las manifestaciones clínicas de estos trastornos son distintas en los distintos grupos de edad. Así, cabe distinguir entre el niño o adolescente, en el adulto y en las personas mayores¹⁰. Por ejemplo, en niños y adolescentes, el **trastorno depresivo persistente** requiere un estado de ánimo irritable con una duración mínima de 1 año, sin pe-

ríodos libres de síntomas mayores a 2 meses, sin episodios hipomaniacos, maniacos ni criterios de ciclotimia. Los síntomas deben causar un deterioro funcional significativo, no asociado con otro trastorno ni condición médica o al consumo de sustancias¹⁵.

Por otra parte, existen especificadores que ayudan a establecer diferencias en el TDM tales como la gravedad, la recurrencia o la presencia de un único episodio, la existencia de ansiedad asociada predominante o incluso de síntomas psicóticos.

2.4. Humanización y asistencia sanitaria en salud mental (y en depresión)

La asistencia psiquiátrica en España ha experimentado importantes cambios en las últimas décadas, integrando la Psiquiatría con el resto de las especialidades médicas y mejorando el conocimiento de las bases fisiopatológicas de las enfermedades mentales, los factores genéticos y psicosociales asociados, así como sus tratamientos. A pesar de los avances, persisten retos significativos debido a la heterogeneidad de las diferentes estrategias nacionales y autonómicas. Se destaca la necesidad de una respuesta integral y coordinada entre los sectores sanitario y social, enfocada en la humanización, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con problemas de salud mental y el apoyo a sus familias y cuidadores.

La asistencia psiquiátrica, por tanto, requiere un enfoque global que contemple tanto los aspectos médicos como los psicosociales, sentando las bases para abordar enfermedades específicas como la depresión, que, tal y como indican los datos presentados en este informe, es uno de



los trastornos más prevalentes y desafiantes en el ámbito de la salud mental.

Los orígenes de esta iniciativa se mencionan en un informe de la Fundación Humans sobre la humanización de la atención sanitaria en salud mental en España —cuyas conclusiones fueron publicadas por Elsevier en 2024²⁰—. Así, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Declaración de principios para la protección de las personas con enfermedad mental, estableció, en primer lugar, que todas estas personas deben ser tratadas con humanidad y respeto a su dignidad, garantizando la igualdad de derechos y la ausencia de discriminación basada en su condición.

Posteriormente, en 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó un *Plan de acción global sobre salud mental* basado en principios como la cobertura sanitaria universal, los derechos humanos y el empoderamiento de personas con trastornos mentales. Este plan promueve el acceso equitativo a servicios esenciales sin riesgo de empobrecimiento y la autonomía o el apoyo necesarios para una vida independiente y la participación activa en políticas y servicios de salud mental.

Recientemente, y en esta misma línea de actuación, se ha estado elaborando una nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en España, basada en principios de respeto, autonomía y recuperación de derechos de las personas con problemas de salud mental. Este plan prioriza el bienestar emocional, la educación para combatir el estigma y la participación activa de los afectados y sus familias. Hasta su publicación, sigue vigente la Estrategia 2009-2013, que, aunque no contiene estrategias explícitamente humanizadoras, incluye enfoques

orientados a erradicar el estigma, mejorar la calidad y continuidad de la atención, garantizar buenas prácticas en procedimientos involuntarios y fomentar la participación de los pacientes y familias en la coordinación institucional.

Este mismo informe analizó las distintas actuaciones a nivel autonómico en España y se observó cómo ya en 2020 la depresión era uno de los trastornos mentales que mayor preocupación causaba entre los responsables de diseñar los planes y trazar las distintas estrategias para mejorar el trato de los pacientes con estos trastornos. Por ejemplo, en Andalucía, las líneas estratégicas 4, 6 y 8 de su plan autonómico 2016-2020, ya recogen acciones concretas respecto al afianzamiento y consolidación del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones (PAI-ADS), potenciando el espacio de cooperación entre las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) y las Unidades de Gestión Clínica de Atención Primaria (AP) de su ámbito de cobertura. En el caso de Baleares, la depresión se trata dentro de la Línea 13, donde el plan propone sensibilizar a la población general y reducir el estigma asociado a algunos trastornos que sufre la población infantojuvenil, como los trastornos psicóticos, los trastornos de personalidad y la depresión.

En realidad, todo lo que se plantea respecto a la humanización en el abordaje de los trastornos mentales en general puede aplicarse, por extensión, a la depresión, ya que es uno de los trastornos más prevalentes y con un impacto significativo en la calidad de vida de las personas. Para combatir el estigma asociado a la depresión, es fundamental un trato respetuoso, que priorice la dignidad, la autonomía y la participación activa del paciente en las decisiones relacionadas con su atención. Además, el énfasis en garantizar



prácticas terapéuticas éticas y personalizadas, así como en promover la educación y la sensibilización social, contribuye de manera directa a crear un entorno más comprensivo y empático para quienes padecen este trastorno en particular. Por ello, este trabajo de la Fundación Humans sobre la humanización en salud mental es un punto de partida esencial a la hora de poner los pilares estratégicos de un plan, que, aunque va en la misma dirección y comparte el mismo espíritu constructivo, se centra exclusivamente en la depresión.

3. Perfil del paciente con depresión

3.1. Síntomas

Los síntomas de la depresión varían entre pacientes, pero los más comunes incluyen **tristeza profunda, pérdida de interés o placer en actividades previamente disfrutadas, cambios en el apetito o peso, insomnio o hipersomnias, fatiga, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio**. Estos síntomas afectan a múltiples dimensiones de la vida, como el desempeño laboral, las relaciones personales y la capacidad para realizar actividades cotidianas. Como se ha visto en la sección anterior, la evaluación de estos síntomas, esencialmente en lo que se refiere a su presencia y persistencia, resulta clave para clasificar adecuadamente la depresión y poder tratarla en consecuencia.

El perfil del paciente con depresión es **heterogéneo y depende de factores como la edad, el**

género y las condiciones socioeconómicas y culturales. Las mujeres son más propensas que los hombres a desarrollar depresión, especialmente en etapas relacionadas con fluctuaciones hormonales, como el embarazo o la menopausia. En niños y adolescentes, la depresión puede manifestarse con irritabilidad y problemas de conducta, mientras que en los adultos mayores puede confundirse con síntomas cognitivos. Además, la depresión es frecuente en pacientes con enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes o el dolor crónico, lo que agrava el pronóstico y la calidad de vida de dichas personas.

La depresión se caracteriza no solo por síntomas emocionales como tristeza persistente y desesperanza, sino también por **alteraciones cognitivas** que tienen un impacto significativo en la vida diaria del paciente. Estas alteraciones no solo afectan la funcionalidad del paciente en los ámbitos personal, laboral y social, sino que también contribuyen al círculo vicioso de la enfermedad. Entre los síntomas cognitivos más comunes se encuentran:

- **Dificultades en la concentración y atención:** las personas con depresión suelen experimentar problemas para centrarse en tareas cotidianas o laborales, lo que afecta su rendimiento y su capacidad de resolver problemas.
- **Ralentización del pensamiento:** los pacientes a menudo describen una sensación de «mente nublada» o un pensamiento más lento, lo que dificulta la toma de decisiones incluso en situaciones simples.
- **Alteraciones en la memoria:** particularmente, se observa una afectación en la memoria de trabajo y la memoria episódica, lo que puede generar olvidos frecuentes y dificultad para recordar eventos recientes.





- **Distorsiones cognitivas:** son patrones de pensamiento negativos y rígidos que perpetúan la percepción de inutilidad, culpa o fracaso. Estas distorsiones incluyen el pensamiento «todo o nada», el catastrofismo y la generalización excesiva.
- **Rumiaciones:** las personas con depresión suelen entrar en un ciclo repetitivo de pensamientos negativos, revisitando constantemente errores pasados o preocupaciones sobre el futuro.
- **Anhedonia cognitiva:** además de la incapacidad para experimentar placer (anhedonia emocional), también pueden mostrar una falta de interés o motivación por actividades mentales previamente gratificantes, como leer, aprender o planificar.
- **Pesimismo y desesperanza:** los pacientes suelen presentar un sesgo cognitivo negativo, interpretando los eventos de forma desfavorable y creyendo que las circunstancias no cambiarán, lo que puede agravar la sensación de desesperanza.

3.2. Calidad de vida y necesidad de un abordaje integral

La depresión tiene un impacto significativo en la vida de las personas, no solo por su efecto directo en la salud mental, sino también por las consecuencias físicas, sociales y económicas que genera. A nivel personal, los pacientes experimentan un deterioro de la autoestima y la motivación, lo que puede llevar al aislamiento social. En el ámbito laboral, se asocia con una disminución de la productividad, absentismo y, en algunos casos, incapacidad laboral prolongada. Desde una perspectiva global, la depresión representa una de las principales causas de discapacidad, con un alto coste para los sistemas de salud y la economía.

Dado su impacto multidimensional, el manejo de la depresión requiere un **enfoque integral que combine intervenciones biológicas —en la mayor parte de los casos, farmacológicas—**, como los antidepresivos, con terapias psicológicas y cambios en el estilo de vida. Además, es crucial abordar el contexto social del paciente, incluyendo el apoyo familiar y la integración en redes de apoyo comunitarias, para maximizar las posibilidades de recuperación y prevenir recaídas. Este enfoque no solo mejora los resultados clínicos, sino que también dignifica la experiencia del paciente al situarlo en el centro del proceso terapéutico.

Por su naturaleza multidimensional, la depresión afecta profundamente la **calidad de vida** de quienes la padecen, limitando su capacidad para experimentar bienestar emocional, mantener relaciones sociales saludables y desempeñarse adecuadamente en el ámbito laboral y personal. El **enfoque integral, con intervenciones farmacológicas, psicológicas y sociales**, no solo busca aliviar los síntomas de la enfermedad, sino también restaurar la capacidad del individuo para que disfrute de una vida plena y significativa. Este abordaje centrado en el paciente permite mejorar su calidad de vida, al promover una recuperación sostenida, reforzar las redes de apoyo y fomentar la resiliencia ante los retos asociados con la enfermedad.

En este contexto, tanto en lo que respecta a la dimensión personal como a todos los aspectos de la atención sanitaria, abordar la depresión desde una perspectiva de **humanización** de la asistencia sanitaria implica reconocer que, más allá de ser un trastorno de alta prevalencia e impacto económico, es una **condición profundamente ligada a la experiencia humana**, con implicaciones que afectan tanto



al cuerpo como a la mente y al entorno social. Como en otros trastornos mentales, la humanización exige poner en el centro de la atención al paciente, no solo como receptor de cuidados médicos, sino como una persona que enfrenta desafíos psicosociales, emocionales y económicos significativos, como el aislamiento social, el estigma y las dificultades económicas. Este enfoque promueve intervenciones integrales que no se limiten al tratamiento farmacológico o psicológico, sino que también contemplen estrategias para reconstruir redes de apoyo, disminuir el estigma y fomentar la participación activa del paciente en su proceso de recuperación.

Por ello, es fundamental que los sistemas de salud adopten modelos de atención que consideren las complejidades de la depresión. Esto incluye ofrecer un **acompañamiento empático y continuo**, no solo al paciente, sino también a su entorno familiar, que a menudo asume una carga emocional y económica considerable. Además, es imprescindible proporcionar recursos accesibles para mitigar los efectos financieros, como subsidios para el tratamiento y apoyo a los cuidadores. Por otro lado, los profesionales sanitarios deben estar capacitados para **abordar la enfermedad desde una perspectiva ética y holística**, considerando las experiencias únicas de cada paciente y fomentando un entorno de confianza y respeto mutuo.

La humanización, en este sentido, no solo busca aliviar los síntomas de la depresión, sino también restaurar la dignidad y la calidad de vida de las personas afectadas. Al conectar la atención médica con los valores humanos fundamentales, como la empatía, la solidaridad y el respeto por la autonomía del paciente, se pueden generar mejores resultados tanto clínicos como sociales,

contribuyendo a un manejo más eficaz y humanizado de esta compleja enfermedad.

4. Manejo del paciente con depresión

4.1. Principios fundamentales para la atención sanitaria del paciente con depresión

El objetivo principal del tratamiento del **trastorno depresivo mayor (TDM)** debe ser una **recuperación funcional completa** mediante la remisión de los síntomas, para recuperar la calidad de vida, así como prevenir las recaídas, garantizando al mismo tiempo la seguridad y la aceptabilidad de los tratamientos por parte del paciente²¹.

Otros objetivos asociados con este planteamiento son:

- **Reducir el estigma, la discriminación y las barreras** de las personas que buscan ayuda para la depresión; por ejemplo, disminuyendo las actitudes de juicio, mostrando compasión, promoviendo la igualdad de consideración entre la enfermedad mental y la enfermedad física, y tratando a las personas como individuos²².
- **Proporcionar a las personas con depresión información actualizada y basada en evidencia**, tanto verbal como escrita, sobre la depresión y su tratamiento, adaptada a sus necesidades lingüísticas, culturales y de comunicación²².
- **Desarrollar y revisar decisiones y comunicaciones anticipadas sobre el tratamiento**, colaborando con las personas con depresión



grave recurrente o con síntomas psicóticos, de acuerdo con las leyes sobre salud y capacidad mental²².

Las principales acciones en el manejo del paciente con depresión para alcanzar estos objetivos respecto a la evaluación, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento son⁶:

- Realizar una evaluación biopsicosocial exhaustiva utilizando escalas clínicas.
- Obtener información colateral siempre que sea posible.
- Formular un diagnóstico y un diagnóstico diferencial.
- Establecer una alianza terapéutica.
- Brindar apoyo en educación y autogestión.
- Implicar al paciente como un «aliado» a la hora de determinar los objetivos del tratamiento.
- Elaborar un plan de manejo integral, incluyendo medidas de seguridad, junto con el paciente y su familia (u otras personas de su entorno) siempre que sea posible.
- Proporcionar tratamientos basados en la evidencia.
- Monitorizar los resultados mediante un enfoque de atención sanitaria basado en mediciones (resultados de pruebas).

4.2. Evaluación y reconocimiento de la enfermedad

Aunque es cierto que existe una falta de evidencia de alta calidad que permita definir las estrategias óptimas para mejorar la detección y la adherencia al tratamiento, la realidad es que el médico de AP no detecta o no diagnostica correctamente al 60 % de las personas con TDM que ve en la consul-

ta. Esta cifra es aún mayor en países con un bajo nivel socioeconómico. Para evitar estas cifras tan altas de falta de diagnóstico es esencial un cribado sistemático de pacientes con sospecha de TDM, realizando los procedimientos de detección a todos los pacientes (o grupos de riesgo) de manera regular y en los momentos o intervalos establecidos²¹.

Algunos de los aspectos más relevantes en este sentido son los siguientes:

- **Evaluación inicial**
 - La evaluación inicial de la patología debe ser integral, considerando tanto los síntomas y su duración como la historia clínica, el curso, la afectación funcional y la discapacidad²².
 - El médico debe comentar con la persona afectada los factores que hayan podido influir en el desarrollo, curso y gravedad de su depresión, además de evaluar los síntomas y la afectación funcional asociada. Algunos de los principales factores que hay que tener en cuenta son el historial de depresión y otros trastornos, los antecedentes de episodios de ánimo elevado (posible trastorno bipolar), las experiencias previas con tratamientos, las fortalezas personales, las relaciones de apoyo, las dificultades interpersonales, el estilo de vida actual, las experiencias traumáticas o estresantes y las condiciones de vida, así como el uso de sustancias, las deudas, la situación laboral, la soledad y el aislamiento social²².
- **Evaluación del riesgo y manejo**
 - Es muy importante preguntar al paciente si ha tenido pensamientos suicidas²².
 - Si en AP –u otras áreas terapéuticas– se detecta que una persona con depresión





presenta un riesgo inmediato considerable para sí misma o para otros, es fundamental remitirla de forma urgente al especialista de salud mental (psiquiatra/ psicólogo). Este paso es clave para garantizar una intervención adecuada y reducir los riesgos²².

- Es importante informar a las personas con depresión sobre la posibilidad de experimentar mayor agitación, ansiedad o ideación suicida en las etapas iniciales del tratamiento. Además, se debe verificar si presentan estos síntomas, asegurándose de que sepan cómo buscar ayuda rápidamente. En caso de que se observe una agitación marcada o prolongada, se debe revisar el tratamiento para garantizar su efectividad y seguridad²².
- A las personas con depresión y a sus familiares o cuidadores se les debe recomendar estar atentos a cambios de ánimo, agitación, negatividad, desesperanza y pensamientos suicidas. También deben saber que pueden ponerse en contacto con el profesional de salud correspondiente si están preocupados. Esto resulta especialmente relevante durante períodos de alto riesgo, como el inicio o cambio de tratamiento y momentos de mayor estrés personal²².
- Si se identifica riesgo de suicidio en una persona con depresión no debe suspenderse el tratamiento para la depresión únicamente por este motivo. Es importante considerar la toxicidad en caso de sobredosis al prescribir antidepresivos o combinarlos con otros medicamentos. También se debe aumentar el nivel de apoyo, ya sea mediante contactos más frecuentes en persona, por videollamada o por teléfono, y evaluar la necesidad de

derivar a servicios especializados de salud mental.

- **Depresión con ansiedad**

Cuando la depresión va acompañada de síntomas de ansiedad –algo especialmente común en personas mayores–, la primera prioridad debería ser, en general, tratar la depresión²². En este grupo de edad, según la Sociedad Española de Psicogeriatría, se debe hacer un cribado sistemático a todas las personas ancianas que viven en residencias. También se considera necesario que se practique este cribado sistemático para diagnosticar posibles trastornos depresivos a todos los pacientes ancianos en AP²³.

- **Depresión en personas con trastorno cognitivo**

La evaluación de una persona con deterioro cognitivo debe realizarse mediante un abordaje adaptado a las circunstancias del paciente. En la medida de lo posible, se debe ofrecer a las personas con deterioro cognitivo y diagnóstico de depresión las mismas intervenciones que a otras personas con depresión. No obstante, es muy posible que se deba ajustar el método de aplicación o la duración de la intervención, **considerando la capacidad de comunicación, discapacidad o deterioro del paciente**. Para las personas con depresión y deterioro cognitivo, se deben consultar las recomendaciones específicas sobre depresión y ansiedad incluidas en las guías clínicas sobre el tratamiento de los trastornos cognitivos existentes²².

Estas dos entidades se presentan conjuntamente con un alto grado de prevalencia en el paciente anciano, por lo que este requiere un enfoque específico, siendo necesario establecer criterios diferenciados de depresión



para las distintas enfermedades o entidades clínicas que pueden cursar con algún tipo de trastorno neurocognitivo mayor, como, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer y la de Parkinson²³.

4.3. Selección del tratamiento

La elección del tratamiento inicial para el TDM debe ser fruto de una decisión conjunta entre el médico y el paciente, considerando las opciones disponibles, la evidencia existente, la gravedad de la enfermedad y las preferencias individuales (Lam *et al.*, 2024)²¹. La evidencia sugiere que la participación de las personas en la toma de decisiones sobre su tratamiento puede verse afectada por preconcepciones sobre las distintas opciones terapéuticas, los propios síntomas de la depresión y los recursos disponibles. Ofrecer a los pacientes la posibilidad de elegir y discutir las opciones de tratamiento puede requerir consultas más largas, lo que podría generar un impacto en los recursos del sistema de salud. No obstante, proporcionar información sobre las alternativas disponibles probablemente mejore la adherencia al tratamiento y los resultados clínicos de las personas con depresión, compensando así los costes asociados a un mayor tiempo de consulta²². En este diálogo con el paciente se deben tratar sus preferencias en cuanto a los tratamientos, incluyendo la posibilidad de rechazar un tratamiento determinado o de cambiar de opinión una vez iniciado. Este proceso debe incluir:

- Información sobre los tratamientos recomendados por las guías existentes, explicando sus beneficios y riesgos potenciales, tiempos de espera estimados y resultados previstos²².
- La elección entre las opciones de tratamiento recomendadas, la modalidad de entrega

(por ejemplo, individual o grupal, presencial o remota) y el lugar donde se llevarán a cabo²².

- La posibilidad de asistir con un familiar o amigo, si así lo desean, a algunas o todas las sesiones de tratamiento²².
- La opción de expresar preferencias sobre el género del profesional sanitario, consultar con un profesional con el que ya tenga una buena relación o cambiar de profesional si la relación no resulta adecuada²².

Las recomendaciones para seleccionar el tratamiento se basan principalmente en las características de la **depresión** (por ejemplo, gravedad, ansiedad, etc.) y la existencia de otras patologías físicas o mentales; aunque también se deben considerar otros factores, como la respuesta al tratamiento en episodios anteriores, las preferencias del paciente y la disponibilidad de los tratamientos seleccionados²¹.

Cabe señalar, además, que estas recomendaciones de selección están generalmente relacionadas con la **eficacia**, pero que esto no implica que los tratamientos que se recomienda seleccionar sean superiores a otros tratamientos activos¹⁰.

4.4. Administración del tratamiento

• Consideraciones generales

Se deben evaluar las necesidades, desarrollar un plan de tratamiento, tener en cuenta cualquier problema de salud física y mental coexistente, así como discutir los factores que harían más probable que la persona se comprometa con el tratamiento, incluyendo la revisión de experiencias positivas y negativas de tratamientos previos. Además, es necesario considerar el historial de tratamientos anteriores y abordar cualquier barrera en la





administración del tratamiento debido a discapacidades, dificultades lingüísticas o de comunicación²².

Un aspecto esencial a la hora de administrar correctamente el tratamiento es la medición basada en resultados (MBR), que es una práctica basada en la evidencia que utiliza mediciones de resultados rutinarias y retroalimentación para guiar las decisiones clínicas. La MBR en psiquiatría comprende tres componentes: (a) el uso regular de escalas de resultados validadas durante los encuentros con los pacientes; (b) la revisión de las puntuaciones de las escalas con los pacientes; y (c) el uso de las puntuaciones de las escalas junto con la evaluación clínica como apoyo de la toma de decisiones colaborativa²¹.

En esta misma dirección, y para evaluar adecuadamente si un tratamiento funciona, es necesario determinar si la comprensión o aplicación real de las sugerencias o indicaciones del terapeuta han podido verse comprometidas. Desde la perspectiva de la farmacoterapia, esto implica identificar si el paciente siguió las instrucciones sobre la medicación (por ejemplo, si tomó las pastillas en el momento adecuado). En otras palabras, si se duda de si el paciente realmente tomó la medicación, se hace más complicado dilucidar si hubo una mejoría (o no) en los síntomas debido a la medicación. En enfoques de psicoterapia directiva, esto implicaría evaluar si el paciente completó una tarea, practicó una habilidad o leyó un libro prescrito. En ocasiones, esto puede ser más difícil debido a la ausencia de instrucciones explícitas, aunque ciertos indicadores sutiles de comprensión o aplicación –relacionados con el paciente– pueden ayudarle a tener mayor curiosidad, ser más consciente de su situación o tener una mejor visión de sus propias experiencias¹⁰.

- **Intervenciones psicológicas y psicosociales**
Es importante informar a las personas si existen listas de espera para un tratamiento y su duración aproximada, puesto que es aconsejable iniciar el tratamiento a la mayor brevedad posible después del diagnóstico. También es esencial mantener una comunicación regular con los pacientes, asegurándose de que sepan cómo conseguir ayuda en caso de que su condición empeore y de que tengan claro con quién deben ponerse en contacto para conocer su progreso en la lista de espera. Durante este período de espera, se pueden proporcionar materiales de autoayuda y abordar cuestiones relacionadas con el apoyo social. El uso de manuales de tratamiento psicológico y psicosocial debe guiar la forma, duración y finalización de las intervenciones, considerando además marcos de competencia basados en dichos manuales para la formación, entrega y supervisión efectiva de los tratamientos. En caso de personas con déficits en el desarrollo neurológico o un retraso en el aprendizaje, se recomienda adaptar las intervenciones según las correspondientes guías sobre salud mental en estas poblaciones. Al acercarse el final de un tratamiento psicológico, debe comentarse con el paciente las formas de mantener los beneficios obtenidos y promover su bienestar continuo²². La atención a factores de estilo de vida modificables, como hacer ejercicio regularmente, evitar el abuso de sustancias, seguir una dieta saludable y tener un sueño de calidad, desempeña un papel importante en la prevención de recaídas una vez finalizado el tratamiento psicológico. Asimismo, el apoyo entre iguales, definido como dar y recibir ayuda de personas que han vivido experiencias similares, es un elemento central en las prácticas orientadas a la recuperación y se puede ofrecer de



diversas maneras (por ejemplo, de forma individual, grupal, en línea, etc.). Junto con los tratamientos estándar, las intervenciones de apoyo entre iguales tienen un efecto pequeño pero positivo en las personas que se están recuperando de su depresión²¹.

- **Intervenciones farmacológicas**

Los actuales metanálisis han seguido demostrando la eficacia de los antidepresivos en el trastorno depresivo mayor (TDM). En este sentido, las guías de la Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) identifican la mayoría de antidepresivos de segunda generación como tratamientos de primera línea para pacientes con un episodio depresivo mayor de grado moderado o grave (según lo determinado por las escalas de síntomas o el deterioro funcional), y esta recomendación no ha cambiado sustancialmente hasta la fecha. Los tratamientos de primera línea para personas con depresión de gravedad leve incluyen intervenciones psicoterapéuticas cognitivo-conductuales, de autocontrol y tratamientos psicológicos. Los tratamientos farmacológicos pueden ser una opción terapéutica para la depresión leve en algunas situaciones, teniendo siempre en cuenta las preferencias del paciente, su respuesta previa a los antidepresivos o la falta de respuesta a intervenciones no farmacológicas²⁴.

- Inicio de la medicación con antidepresivos
- Al ofrecer medicación para tratar la depresión, es fundamental comentar y acordar un plan de manejo con el paciente. Este plan debe incluir:
 - las razones para recomendar el uso de medicación;
 - las opciones disponibles (si existen varios antidepresivos adecuados), la dosis inicial y los posibles ajustes necesarios;

- los beneficios esperados (enfocándose en las mejorías que la persona desea experimentar y cómo el medicamento puede contribuir a ello);
- así como los posibles efectos adversos y síntomas de abstinencia, incluyendo aquellos efectos secundarios que deseen evitar, como el aumento de peso, la sedación o su influencia negativa sobre la función sexual.

Es importante abordar cualquier preocupación sobre el inicio o suspensión de la medicación y proporcionar información escrita adaptada a las necesidades del paciente para que las pueda consultar posteriormente.

Al prescribir antidepresivos, hay que asegurarse de que la persona comprenda cómo podría sentirse al inicio del tratamiento, el tiempo necesario para observar mejorías (usualmente 2-4 semanas) y su primera revisión, generalmente a las 2 semanas (o en 1 semana para personas de 18-25 años o con riesgo de suicidio). También es clave explicar la importancia de seguir las indicaciones sobre el uso del medicamento, la monitorización regular requerida y cómo puede autoevaluar sus síntomas para participar activamente en su recuperación. Además, hay que avisar que el tratamiento puede extenderse no menos de 6-12 meses después de la remisión de los síntomas, pero será revisado periódicamente. Finalmente, explique cómo manejar los efectos secundarios persistentes y minimizar los síntomas de abstinencia al suspender la medicación²².

- **Suspensión de la medicación**
Se debe aconsejar a las personas que toman antidepresivos que hablen con el profesional que los prescribió si desean suspender el tratamiento. Es importante





explicar que, generalmente, es necesario reducir la dosis de forma gradual para minimizar los síntomas de abstinencia, que pueden incluir mareos, alteraciones sensoriales o emocionales, problemas de sueño, náuseas y palpitaciones, entre otros. Estos síntomas no afectan a todas las personas, varían en severidad dependiendo de los antidepresivos y suelen desaparecer en 1-2 semanas. Excepcionalmente, pueden durar más tiempo y ser más intensos si se interrumpe de forma abrupta el tratamiento.

Al suspender los antidepresivos, se debe elaborar un plan personalizado que tenga en cuenta el tipo de medicamento, su vida media, la duración del tratamiento y las necesidades del paciente. Se recomienda reducir paulatinamente la dosis y considerar las preparaciones líquidas si es necesario. Es esencial monitorizar regularmente al paciente para detectar síntomas de abstinencia o recaída de la depresión y ajustar la velocidad de retirada según su tolerancia. En caso de síntomas leves, se debe tranquilizar al paciente, explicar que son comunes y temporales, y recomendar contactar al profesional si los síntomas no mejoran. Si los síntomas son severos, podría ser necesario reiniciar el antidepresivo en la dosis previa y proceder con una reducción más lenta. Además, se debe abordar cualquier preocupación del paciente sobre la posibilidad de recaída o efectos de la suspensión, proporcionando un apoyo continuo y la información adecuada²².

- **Personas en riesgo de suicidio**

Al prescribir antidepresivos a personas con depresión en riesgo elevado de suicidio, se deben tomar las siguientes medidas:

- Evaluación inicial: valorar su estado mental y ánimo antes de iniciar el tratamiento, preferiblemente en persona (o mediante videollamada o llamada telefónica si no es posible o lo prefieren).
- Riesgos iniciales: tener en cuenta el posible aumento de pensamientos suicidas, autolesiones o suicidio en las primeras etapas del tratamiento y establecer una estrategia de manejo del riesgo.
- Seguimiento cercano: revisar a la persona una semana después de iniciar el tratamiento o aumentar la dosis, para evaluar el riesgo suicida (idealmente en persona, aunque también puede ser por videollamada o teléfono).
- Revisiones posteriores: realizar el seguimiento según sea necesario, pero no más tarde de 2-4 semanas después de comenzar el tratamiento, ajustando la frecuencia según las circunstancias de la persona (por ejemplo, disponibilidad de apoyo, eventos vitales recientes o cambios en la ideación suicida).

Al elegir un antidepresivo para personas con alto riesgo de suicidio, considerar la toxicidad en caso de sobredosis. Evitar el inicio de tratamiento con antidepresivos tricíclicos como opción rutinaria debido a su mayor riesgo de sobredosis²².

- **Antidepresivos en la tercera edad**

Al prescribir antidepresivos a personas mayores, es fundamental considerar su estado de salud general, las comorbilidades y las posibles interacciones con otros medicamentos que estén tomando. Es importante realizar una monitorización cuidadosa para detectar efectos secundarios, estar





alerta al mayor riesgo de caídas y fracturas, así como a la posibilidad de hiponatremia, especialmente en aquellas personas con factores de riesgo adicionales, como el uso concomitante de diuréticos.

- **Uso de litio**

El uso de litio debe quedar reservado a pacientes con depresión resistente o bien con depresión bipolar. Hay estudios que observan diferencias significativas a favor del litio en la tasa de respuesta²⁵.

Para las personas con depresión que tomen litio, las guías NICE sobre depresión establecen las siguientes directrices de manejo²²:

- 1.** Evaluaciones iniciales y monitorización: antes de iniciar el tratamiento, evaluar peso, función renal y tiroidea y niveles de calcio, así como monitorizar al menos cada 6 meses, o con mayor frecuencia si hay deterioro renal significativo.
- 2.** Mujeres en edad reproductiva: discutir riesgos, beneficios, planificación del embarazo y la necesidad de monitorización adicional si están considerando el embarazo.
- 3.** Niveles séricos de litio: medir 12 horas después de la dosis, 1 semana después de iniciar o cambiar la dosis, y semanalmente hasta estabilizar niveles. Una vez que los niveles estén estables, monitorizar cada 3 meses el primer año y luego cada 6 meses, excepto en personas mayores, con interacciones medicamentosas, disfunción renal o tiroidea, niveles elevados de calcio, pobre control de síntomas, incumplimiento o niveles superiores a 0,8 mmol/L, quienes requieran un seguimiento trimestral.

- 4.** Ajuste de dosis: determinar la dosis según respuesta y tolerancia, manteniendo niveles terapéuticos entre 0,5 y 1,0 mmol/L (para mayores de 65 años, considerar 0,4-0,6 mmol/L). Considerar posibles interacciones medicamentosas o cambios en la salud general y buscar asesoría especializada si es necesario.

- 5.** Toxicidad: monitorizar los signos de toxicidad (diarrea, vómitos, temblor grosero, ataxia, confusión, convulsiones) y consultar a especialistas si hay incertidumbre en los resultados.

- 6.** Cuidados compartidos: gestionar la prescripción de litio en coordinación con servicios especializados, especialmente en caso de efectos secundarios o toxicidad en personas mayores o con daño renal.

- 7.** Consideraciones cardiovasculares: evaluar con electrocardiograma (ECG) en personas con alto riesgo o enfermedad cardiovascular.

- 8.** Información al paciente: proporcionar materiales educativos sobre el uso seguro del litio.

- 9.** Suspensión del litio: solo detenerlo bajo supervisión de servicios especializados, reduciendo la dosis gradualmente durante 1-3 meses siempre que sea posible.

- **Uso de antipsicóticos orales**

El uso de antipsicóticos para tratar la depresión que no responde a un antidepresivo convencional es una opción de potenciación actualmente considerada como eficaz. Antes de iniciar el tratamiento con antipsicóticos, se recomienda evaluar el pulso, la presión arterial, el peso, el esta-





do nutricional, la dieta, la actividad física, la glucemia (HbA1c) y el colesterol²².

- Monitorización recomendada:
 - Realizar análisis, como hemograma completo, análisis de urea y electrolitos, pruebas hepáticas y de niveles de prolactina según las características específicas del medicamento.
 - Supervisar el peso semanalmente durante las primeras 6 semanas, luego a las 12 semanas, al año y anualmente.
 - Revisar la glucosa en ayunas o HbA1c y lípidos a las 12 semanas, al año y anualmente.
 - Hacer electrocardiogramas (ECG) al inicio y al alcanzar la dosis final en personas con enfermedad cardiovascular o riesgo cardiovascular (como hipertensión) o en quienes toman medicamentos que prolongan el intervalo QT (por ejemplo, citalopram o escitalopram).
 - Evaluar los efectos adversos, como síntomas extrapiramidales (temblor, parkinsonismo) y efectos relacionados con la prolactina (alteraciones sexuales o menstruales), y ajustar la dosis si es necesario.
 - Estar alerta a interacciones medicamentosas que puedan aumentar los niveles del antipsicótico y ajustar la dosis en caso necesario.
 - Investigar y manejar el aumento rápido de peso o niveles anormales de lípidos o glucosa.
- Prescripción y suspensión:
 - Gestionar la prescripción de antipsicóticos bajo acuerdos de atención compartida.

- Revisar periódicamente la necesidad de continuar con el antipsicótico según los riesgos físicos y mentales actuales del paciente.
- Suspender los antipsicóticos solo bajo la supervisión de servicios especializados, reduciendo las dosis gradualmente durante al menos 4 semanas y en proporción al tiempo de tratamiento.

- **Actividad y tratamiento físico**

Se recomienda informar a las personas con trastorno depresivo estacional que deseen probar la terapia de luz, en lugar de medicamentos antidepresivos o tratamientos psicológicos, que las evidencias sobre su eficacia son inciertas. Por otra parte, a todas las personas que sufren depresión se les puede aconsejar que realicen actividad física de manera regular –especialmente si se lleva a cabo al aire libre–, como caminar, correr, nadar, bailar o trabajos de jardinería. Mantener un estilo de vida saludable con una dieta equilibrada, un consumo de alcohol moderado y un descanso adecuado también pueden contribuir a su bienestar general²².

4.5. Tratamiento de episodios de depresión leve o moderada

- **Monitorización activa de las personas que no se quieren tratar**
Para personas con depresión leve que no desean tratamiento o que sienten que sus síntomas están mejorando, es importante abordar los problemas presentes, las posibles vulnerabilidades subyacentes y los factores de riesgo, así como cualquier pre-



ocupación que puedan tener. Se les debe informar de que pueden cambiar de opinión y buscar ayuda en cualquier momento, proporcionarles información sobre la naturaleza y el curso de la depresión, programar una nueva evaluación dentro de 2-4 semanas y hacer un seguimiento activo, incluso con intentos repetidos si no asisten a las citas²².

- **Opciones de tratamiento**

Al tratar un nuevo episodio de depresión leve, se deben comentar las opciones de tratamiento disponibles, adaptando la elección a las necesidades clínicas y las preferencias del paciente. Para ello, se puede usar como referencia una guía visual y una tabla informativa. Es recomendable considerar primero las opciones menos invasivas y que requieran menos recursos, como la autoayuda guiada. Es fundamental reconocer su derecho a rechazar el tratamiento y evitar ofrecer medicamentos antidepresivos como primera opción, a menos que sea su elección preferida o fracasen las anteriores opciones²².

Estas son las opciones de tratamiento para la depresión leve ordenadas según los conceptos de eficacia clínica, los costes y los factores asociados a su implementación:

- Autoayuda dirigida
- Terapia cognitiva-conductual (TCC)
- Activación conductual con grupo control
- Activación conductual individual
- Ejercicio físico en grupo, *mindfulness* y meditación en grupo
- Psicoterapia interpersonal
- Tratamiento farmacológico
- Asesoramiento psicológico
- Psicoterapia psicodinámica a corto plazo (STPP)

- Terapia de pareja, en el caso de que dichos problemas estén condicionando la existencia de los síntomas depresivos.

4.6. Tratamiento de episodios de depresión moderada-grave

- Además de las consideraciones del punto anterior, que son aplicables también a este, hay que tener en cuenta que la depresión con características moderadas-graves precisa la utilización de un tratamiento antidepresivo en todos los casos. Habrá que tener presente además que hay que realizar una evaluación exhaustiva de los posibles riesgos que pueda tener asociados para determinar el lugar más adecuado para su tratamiento. Por ejemplo, en los casos de pérdida de autonomía en el autocuidado o de riesgo de suicidio, se debe considerar la hospitalización.
- Se deben monitorizar los resultados del tratamiento de forma exhaustiva e iniciar nuevos escalones de tratamiento (véase el apartado «Tratamientos de segunda línea») en el tiempo adecuado, evitando prolongar innecesariamente inercias terapéuticas que no estén siendo eficaces.

4.7. Prevención de recaídas

Con las personas que han experimentado una remisión parcial o total de la depresión, se deben discutir las opciones de continuar el tratamiento (antidepresivos o terapias psicológicas) para reducir el riesgo de recaída y mantener su bienestar. Es importante evaluar el riesgo de recaída, especialmente en personas con antecedentes de episodios recurrentes de depresión,



respuesta incompleta a tratamientos anteriores, depresión severa o mantenimiento de factores personales y ambientales que contribuyeron a la depresión, como problemas de relación o estrés. Además, se deben considerar los riesgos de efectos secundarios de los antidepresivos a largo plazo, como aumento de peso, riesgos de sangrado o efectos sobre la función sexual, y la dificultad para suspenderlos. Si una persona opta por no continuar con los antidepresivos, se debe ofrecer orientación sobre cómo suspenderlos de manera segura y buscar ayuda si los síntomas regresan. En casos de alto riesgo de recaída, se debe continuar con la medicación antidepresiva, ofrecer terapia psicológica o una combinación de ambas. Para aquellos pacientes que reciben terapia cognitivo-conductual (TCC) u otras psicoterapias para prevenir recaídas, se debe proporcionar un enfoque explícito sobre el desarrollo de habilidades para prevenir recaídas. Las intervenciones psicológicas deben incluir la identificación de señales de advertencia de recaída y la planificación de estrategias para mantener el bienestar. Además, es necesario revisar el tratamiento cada 6 meses para monitorizar el estado de ánimo, efectos secundarios y factores de riesgo de recaída, y adaptar el tratamiento según las necesidades de cada persona²².

4.8. Tratamientos de segunda línea

Si una persona con depresión no ha respondido al tratamiento tras 4 semanas de medicación antidepresiva con las dosis terapéuticas establecidas, o entre 4 y 6 semanas con terapia psicológica o una combinación de medicación y terapia, se debe discutir con ella los posibles factores personales, sociales, ambientales o de salud física que expliquen la falta de respuesta.

También es importante revisar si la persona ha tenido dificultades para seguir el plan de tratamiento. Si se identifican problemas, se debe tomar una decisión conjunta sobre cómo abordarlos. Si la depresión sigue sin responder (a pesar de resolver estos problemas y dar tiempo para que los cambios en el tratamiento hagan efecto), se debe reconsiderar el diagnóstico y valorar la posibilidad de condiciones alternativas o comórbidas que limiten la respuesta al tratamiento. En este caso, se deben discutir opciones adicionales de tratamiento según la coexistencia de otra patología. Si no hay respuesta a la medicación antidepresiva en la dosis máxima tolerada, se pueden considerar otras opciones como agregar un programa de ejercicio, cambiar el medicamento antidepresivo (preferiblemente por otro con un mecanismo de acción distinto) o combinar la terapia psicológica con la medicación. Si la depresión no responde a una combinación de psicoterapia y medicación, se deben evaluar nuevas opciones de tratamiento, incluyendo la adición de otro medicamento antidepresivo o usar medicamentos adicionales, como antipsicóticos de segunda generación o litio²².

El uso de lamotrigina o triiodotironina para complementar los antidepresivos debe considerarse también como una estrategia de potenciación. Es importante tener en cuenta que algunas combinaciones de ciertas clases de antidepresivos pueden ser peligrosas y deben evitarse, como el uso conjunto de un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS), un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) o un antidepresivo tricíclico (ATC) con un IMAO. Además, cuando se utiliza un antipsicótico, es fundamental revisar cuidadosamente los efectos que produce sobre la depresión, incluida la pérdida de inte-





rés y motivación u otros efectos adversos metabólicos.

En casos de depresión resistente a estrategias farmacológicas convencionales, deberán emplearse otras estrategias adecuadas a cada subtipo de depresión, incluyendo esketamina, terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal.

4.9. Síntomas de depresión crónica

Es importante tener en cuenta que las personas que presentan síntomas depresivos crónicos pueden no haber buscado tratamiento previamente y podrían no ser conscientes de que padecen este trastorno. Una conversación sobre su estado de ánimo y síntomas con un profesional de la salud puede ayudarles a acceder al tratamiento y los servicios necesarios. Las opciones de tratamiento para quienes presentan síntomas depresivos crónicos que afectan significativamente su funcionamiento social y personal incluyen la TCC —basada en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos, durante tiempo limitado y en un formato estructurado²⁵—, antidepresivos como los ISRS, IRSN o ATC, o una combinación de TCC y medicación. En caso de que no toleren un ISRS, se puede considerar otro tipo de antidepresivo. Si no responden a estos tratamientos, se deben explorar otras opciones en entornos especializados, según se ha comentado en el apartado anterior. Para aquellos pacientes con síntomas cronificados pese a los esfuerzos terapéuticos, se pueden ofrecer programas de apoyo social o vocacional, como el acompañamiento por voluntarios o programas de rehabilitación.

4.10. Personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad

No se debe evitar un tratamiento adecuado para la depresión por considerar la presencia de un trastorno de la personalidad. Para las personas con depresión y diagnóstico de trastorno de la personalidad, se recomienda considerar una combinación de medicación antidepresiva y tratamiento psicológico (como terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal o STPP). Cuando se administra medicación antidepresiva en combinación con un tratamiento psicológico, es importante proporcionar apoyo continuo, fomentar la adherencia al tratamiento y ofrecerlo en un entorno estructurado y multidisciplinario. Se debe utilizar una medida validada para monitorizar el estado de ánimo o los síntomas y, si es necesario, extender la duración del tratamiento hasta un año. También se debe considerar la derivación a un programa especializado para el tratamiento del trastorno de personalidad, particularmente en casos de trastorno límite de la personalidad con depresión²².

4.11. Depresión psicótica

Se debe ofrecer la derivación a servicios de salud mental especializados para las personas con depresión y síntomas psicóticos, tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave²⁵. El tratamiento debe incluir: una evaluación de riesgos, una valoración de las necesidades, un programa de atención multidisciplinaria coordinada y acceso a tratamientos psicológicos una vez que los síntomas psicóticos agudos hayan mejorado. Es importante discutir las opciones de tratamiento y, en aquellos casos en los que la persona tenga capacidad, tomar una



decisión compartida basada en sus necesidades clínicas y preferencias. En cuanto al tratamiento, se debe considerar una combinación de medicación antidepresiva y antipsicótica, teniendo en cuenta que el tratamiento con mayor eficacia es la terapia electroconvulsiva. Es necesario monitorizar la respuesta al tratamiento, especialmente en relación con el contenido de los pensamientos y las alucinaciones. Además, se debe considerar continuar la medicación antipsicótica durante varios meses después de la remisión si la persona la tolera.

4.12. Terapia electroconvulsiva

Se debe considerar la terapia electroconvulsiva (TEC) para el tratamiento de la depresión severa si la persona la elige, en lugar de otros tratamientos basándose en su experiencia previa con la TEC; si se necesita una respuesta rápida (por ejemplo, cuando la depresión es peligrosa para la vida de la persona por no comer o beber); en casos de depresión psicótica; o si otros tratamientos han fracasado. Es esencial asegurarse de que las personas que reciben TEC estén completamente informadas de los riesgos y beneficios específicos que conlleva, considerando factores como los riesgos asociados con la anestesia general, comorbilidades médicas, posibles efectos adversos (especialmente, amnesia transitoria) y el aumento del riesgo en personas mayores. La evaluación y discusión de estos puntos debe ser documentada y plasmada en un consentimiento informado. Además, se debe discutir el uso de la TEC como una opción de tratamiento con la persona y llegar a una decisión compartida basada en sus necesidades y preferencias clínicas. Asimismo, hay que obtener el consentimiento informado sin presiones y respetando las leyes aplicables.

Si una persona no puede dar su consentimiento informado, solo se debe administrar la TEC si no entra en conflicto con una decisión anticipada válida o negativa de los familiares. Para personas cuya depresión no ha respondido bien a la TEC previamente, se debe considerar un nuevo intento solo después de revisar la adecuación del tratamiento anterior y discutir los riesgos y beneficios²².

Si los efectos secundarios de la TEC superan los beneficios potenciales o cuando se haya alcanzado una remisión estable, el tratamiento debe interrumpirse. Si la depresión responde a un curso de TEC, se debe iniciar o continuar el tratamiento con antidepresivos o una intervención psicológica para prevenir recaídas, y considerar un aumento de las dosis de la medicación antidepresiva con litio²².

4.13. Estimulación magnética transcraneal

En casos de depresión en los que el paciente no ha respondido a otros tratamientos, se puede recurrir a la estimulación magnética transcraneal (EMT). Esta opción se considera en situaciones donde los enfoques convencionales no han sido efectivos.

La evidencia sobre la EMT para la depresión no presenta problemas de seguridad importantes. En cuanto a su eficacia a corto plazo, las evidencias son sólidas, aunque la respuesta clínica es variable. La EMT para la depresión puede usarse bajo los procedimientos habituales de manejo clínico y seguimiento.

Durante el proceso de consentimiento, los clínicos deben informar a los pacientes sobre otras



opciones de tratamiento disponibles, y asegurarse de que los pacientes comprendan que existe la posibilidad de que el procedimiento no les proporcione beneficio.

4.14. Tratamiento de la depresión resistente

Existen diferentes estrategias para abordar la depresión resistente. Entre las no farmacológicas destacan la psicoterapia (normalmente en combinación con el tratamiento farmacológico) y la terapia electroconvulsiva. Las estrategias farmacológicas se pueden agrupar en las siguientes categorías: incremento de dosis, cambio a otro antidepresivo, combinación de antidepresivos y potenciación con otro agente farmacológico²⁵.

Se han planteado también tratamientos basados en la estimulación del nervio vago implantado para la depresión resistente, que, aunque no presentan cuestiones importantes de seguridad, sí que causan efectos secundarios frecuentes, bien descritos en la literatura. Además, las evidencias sobre su eficacia son limitadas. Este procedimiento solo debe usarse con disposiciones especiales para el manejo clínico, el consentimiento informado del paciente, y la supervisión y seguimiento adecuados –o en ensayos clínicos diseñados y gestionados correctamente–. Sin duda, esta opción terapéutica requiere más estudios y líneas de investigación²⁶.

4.15. Acceso y coordinación de la atención sanitaria

- **Acceso a los servicios**
Tanto las autoridades sanitarias como los profesionales de la salud deberían conside-

rar la utilización de modelos organizativos de atención sanitaria escalonados o colaborativos para garantizar que se ofrezcan primero los tratamientos más eficaces, menos invasivos y menos exigentes en términos de recursos²¹. Las vías de atención deben facilitar un acceso sencillo y promover el uso de los tratamientos con una mejor relación coste-efectividad cubiertos por el Sistema Nacional de Salud²¹. Asimismo, deben permitir la evaluación rápida de los adultos con depresión (incluida la evaluación de la gravedad y el riesgo), y garantizar la coordinación y continuidad de los cuidados mediante protocolos acordados para compartir información y apoyar la prestación integrada de servicios entre la AP y el médico especialista, con el objetivo de que no haya «vacíos» en la atención sanitaria integral del paciente. Además, estas vías de acceso deben contar con criterios claros para garantizar el acceso del paciente a todos los niveles de un servicio de atención escalonada, ofrecer múltiples puntos de entrada y formas de acceso, incluyendo el hecho de poder recoger de manera rutinaria datos sobre estas mismas formas de acceso, y el uso y resultados de los tratamientos específicos de cada vía de acceso²². Las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud mental para personas con depresión deben garantizar que los tratamientos se administren de forma efectiva. Esta atención sanitaria debe basarse en las funciones clave de un servicio comunitario de salud mental basado en áreas de influencia y proporcionarse en un contexto de coordinación entre los servicios de AP y salud mental, así como estar en contacto permanente con los servicios sociales, educativos y de vivienda, los servicios estatutarios y los actores del tercer sector. Esto incluye procedimientos de



evaluación, toma de decisiones compartida, colaboración entre profesionales, prestación de intervenciones farmacológicas, psicológicas y físicas, así como intervenciones para abordar factores personales, sociales y ambientales, como los problemas de vivienda, el aislamiento y el desempleo. También deben garantizarse la coordinación de cuidados, la participación de los usuarios en el diseño, monitorización y evaluación de los servicios, así como la evaluación efectiva de estos servicios.

Es fundamental que las autoridades y los profesionales de los servicios de salud mental, AP y los médicos especialistas brinden el apoyo necesario para ofrecer servicios integrados. Esto debe incluir profesionales individuales, como los de AP, que proporcionen tratamientos, apoyo o supervisión; personal de salud mental que ofrezca tratamientos en equipo para la mayoría de las personas con depresión; especialistas en salud mental que proporcionen asesoramiento, consulta y apoyo al personal de AP; y equipos especializados en salud mental que atiendan a las personas con necesidades graves y complejas²².

Debe garantizarse la disponibilidad de información accesible, inclusiva y culturalmente adaptada sobre las vías de acceso al tratamiento y sobre la propia depresión en toda su extensión. Esta información debe proporcionarse en distintos idiomas y formatos, de conformidad con los estándares pertinentes en cada zona geográfica, establecidos en función de sus características culturales, étnicas y socioeconómicas²².

Las vías de atención deben garantizar servicios que promuevan el acceso y un mayor uso y adherencia de las personas con depresión. Esto incluye servicios ofrecidos en un lenguaje y formatos culturalmente apro-

piados o adaptados, disponibles fuera del horario laboral habitual y con una variedad de métodos para interactuar y ofrecer tratamientos, además de reuniones presenciales. Entre estos métodos, se pueden incluir mensajes de texto, correos electrónicos, llamadas telefónicas y consultas en línea o remotas, siempre que sean clínicamente apropiados y cuenten con el consentimiento del usuario. Los servicios también deben proporcionarse en entornos comunitarios, como el hogar de la persona, centros comunitarios, centros de ocio, residencias de ancianos, centros sociales y clínicas integradas dentro de la AP, particularmente para personas mayores²².

Es importante que estos servicios se ofrezcan en colaboración con organizaciones benéficas o del sector voluntario y cuenten con terapeutas bilingües o traductores independientes, así como con procedimientos que apoyen la participación activa de familiares, parejas y cuidadores, siempre que esté de acuerdo la persona con depresión²².

Finalmente, es importante constatar que debe prestarse especial atención a las necesidades de aquellos grupos que puedan enfrentarse a dificultades para acceder a los servicios o experimentar estigmatización o discriminación al utilizarlos. Estos grupos incluyen a personas mayores, personas LGBTQ+, personas de comunidades negras, asiáticas y de minorías étnicas, personas con discapacidades de aprendizaje o deterioros cognitivos adquiridos, personas con discapacidades físicas o sensoriales que puedan requerir ajustes razonables según lo definido por la legislación, personas con condiciones que comprometan su capacidad para comunicarse, y personas sin hogar, refugiados e incluso exiliados²².



- **Atención centrada en el paciente**

La atención multidisciplinaria y colaborativa de las personas con depresión debe incluir una evaluación y compromiso centrados en el paciente, la evaluación y la monitorización de los síntomas, y la gestión de la medicación (un plan para iniciar, revisar y suspender el tratamiento farmacológico). Además, debe contemplar una planificación activa de los cuidados y el seguimiento por parte de un gestor de casos designado, así como la realización de tratamientos psicológicos y psicosociales dentro de un protocolo estructurado²².

La atención debe integrar tanto la salud física como la salud mental, y promover el trabajo conjunto con colegas de AP y el médico especialista. También es esencial la participación de otras agencias que proporcionen apoyo y la supervisión de los profesionales por parte de un experto en salud mental²².

- **Especialistas**

Debería derivarse a las personas con depresión más grave, resistente, con comorbilidades físicas o mentales o síntomas depresivos crónicos a servicios de salud mental especializados para recibir una atención multidisciplinaria coordinada. Así, la derivación a salud mental hay que realizarla en los siguientes casos:

- cuando la depresión afecta significativamente su funcionamiento personal y social; y
- cuando no han obtenido beneficios de tratamientos previos, especialmente si presentan problemas que suponen complicaciones adicionales, como desempleo, condiciones de vivienda deficientes o problemas financieros, o si tienen condiciones mentales y físicas coexistentes significativas.

Los planes de atención multidisciplinaria para las personas con depresión grave o crónica y múltiples complicaciones o condiciones coexistentes significativas deben desarrollarse de manera conjunta con la persona, su médico de cabecera y otros profesionales involucrados en su atención (con el consentimiento del paciente). Además, se debe ofrecer una copia del plan en un formato adecuado. El plan debe detallar los roles y responsabilidades de todos los profesionales de la salud y los servicios sociales implicados, incluir información sobre los servicios de apoyo disponibles las 24 horas y cómo contactarlos, así como un plan de crisis que identifique los posibles desencadenantes de las crisis y las estrategias para gestionarlos. Este plan debe actualizarse si hay cambios significativos en las necesidades o la condición de la persona y revisarse en los intervalos regulares acordados. También debe incluir la gestión de la medicación, y especificar el plan para iniciar, revisar y suspender el tratamiento farmacológico²².

- **Atención de las crisis, tratamiento a domicilio y hospitalización**

Debe considerarse el tratamiento para la resolución de crisis y la atención domiciliaria en las personas con depresión más grave que presenten un riesgo significativo de suicidio (especialmente en aquellas personas que viven solas), de autolesionarse o de hacer daño a terceros²².

Lo mismo debería aplicarse en las personas con depresión más grave que presenten complicaciones en la respuesta a su tratamiento, así como en las personas mayores que presenten comorbilidades²².



Los equipos encargados de estas intervenciones, para apoyar a estos perfiles de paciente con depresión, deben monitorizar y gestionar el riesgo como una actividad rutinaria de alta prioridad, establecer e implementar un programa de tratamiento, asegurar la continuidad de cualquier programa de tratamiento mientras la persona esté en contacto con el equipo, y también en el momento del alta o la transferencia a otros servicios, cuando esto sea necesario. Además, se debe elaborar un plan de gestión de crisis previo al alta de estos pacientes.

Se debe considerar el tratamiento hospitalario para aquellas personas con depresión más grave que no puedan manejarse de forma domiciliaria²². Cuando se proporcionen terapias psicológicas a personas con depresión en entornos hospitalarios, se debe aumentar la intensidad y duración de las intervenciones y asegurarse de que estas continúen siendo proporcionadas, de manera efectiva y oportuna, al alta²².

Es necesario poner a disposición del paciente todas las terapias recomendadas para el tratamiento de la depresión más grave, así como la prevención de recaídas. De igual forma, se deben abordar los síntomas depresivos crónicos y la depresión en personas con diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Finalmente, se debe considerar el uso de equipos para la resolución de crisis y atención domiciliaria en aquellas personas con depresión que reciban atención hospitalaria, pero que puedan beneficiarse de un alta temprana del hospital²².

5. Retos y propuestas para potenciar la atención humanizada de las personas con depresión

Uno de los retos más importantes que plantea el abordaje multidisciplinar de la depresión es garantizar una atención humanizada que priorice el bienestar integral del paciente. Para ello, se deben adoptar estrategias que promuevan una **recuperación funcional completa**, minimizando cualquier sintomatología residual que pueda persistir tras el tratamiento inicial.

La **funcionalidad personal completa** se refiere a la capacidad de un individuo para participar de manera efectiva en las actividades normales de la vida cotidiana y reaccionar a las experiencias. El funcionamiento social se refiere a la capacidad de interactuar con otras personas, desarrollar relaciones y beneficiarse de estas interacciones, así como contribuir a su desarrollo²².

Este enfoque coincide con las directrices de diversas guías terapéuticas, que establecen que el éxito del tratamiento no solo debe medirse por la remisión de síntomas, sino por la capacidad del paciente para retomar sus actividades diarias, laborales y sociales²². Además, se debe considerar la **calidad de vida**, un concepto que engloba eficacia clínica, seguridad y tolerabilidad del tratamiento, pilares esenciales para el bienestar físico y emocional a largo plazo.

Las primeras opciones de tratamiento de la depresión incluyen una variedad de enfoques basados en la evidencia que abarcan intervenciones psicológicas, farmacológicas y de estilo de vida. Estas opciones incluyen la autoayuda dirigida y la terapia cognitivo-conductual, tanto



en formato grupal como individual. También se consideran efectivos métodos como la activación conductual, ya sea con grupo de control o de manera individual, y la psicoterapia interpersonal. Además, se destacan las prácticas de ejercicio físico y meditación, las cuales pueden complementar otros tratamientos. Todas estas estrategias buscan adaptarse a las necesidades individuales de los pacientes y a promover su bienestar integral²².

Sin embargo, se ha constatado que, incluso mostrando buenos resultados clínicos, más de un 30 % de los pacientes tratados por depresión pueden experimentar síntomas residuales, lo que subraya la importancia de intervenciones más personalizadas y completas²⁷.

También resulta fundamental evitar ciertos efectos secundarios asociados a algunos antidepresivos que pueden comprometer la calidad de vida del paciente:

- **Embotamiento emocional:** la depresión grave puede generar embotamiento emocional, una sensación de desconexión afectiva que atañe tanto a la percepción emocional como a la interacción social. En ocasiones, este síntoma se ve agravado por el uso de antidepresivos, especialmente los ISRS y los IRSN. En un estudio en pacientes tratados con estos fármacos se observó que entre el 40 y el 60 % de los participantes presentaron embotamiento emocional, lo que limita la eficacia percibida del tratamiento (Goodwin *et al.*, 2017)². Por ello, es crucial seleccionar fármacos que minimicen este efecto adverso, como la vortioxetina, un antidepresivo multimodal que ha mostrado reducir el embotamiento emocional y mejorar la funcionalidad cognitiva.
- **Disfunción sexual:** dado que la disminución del interés sexual y otros problemas rela-

cionados con la esfera sexual son síntomas frecuentes en la depresión (45-72 % de los pacientes con TDM experimentan disfunción sexual)³, es vital evitar tratamientos que exacerben esta situación. La disfunción sexual inducida por antidepresivos, como los ISRS y los IRSN, puede afectar hasta al 80 % de los pacientes, lo que tiene una influencia negativa en la autoestima y las relaciones personales²⁸. Opciones como bupropión –un inhibidor de la recaptación de dopamina y noradrenalina–, mirtazapina o vortioxetina, que presentan un bajo impacto en la función sexual, son alternativas importantes en estos casos.

- **Afectación del peso corporal:** la ganancia de peso es otro desafío frecuente asociado a los tratamientos antidepresivos. En un estudio reciente se observó que fármacos como los ISRS y los antipsicóticos de segunda generación pueden inducir incrementos significativos de peso, lo que contribuye al desarrollo del síndrome metabólico y otras complicaciones a largo plazo⁴. Este efecto no solo compromete la salud física del paciente, sino que también perjudica la adherencia al tratamiento. En pacientes con depresión asociada a pérdida ponderal, algunos antidepresivos como la mirtazapina o la paroxetina pueden favorecer una ligera recuperación del peso en los primeros meses de tratamiento. Sin embargo, a largo plazo, deben priorizarse opciones como la vortioxetina o el bupropión, que no afectan al aumento de peso.
- **Evitar interacciones farmacológicas:** es fundamental seleccionar fármacos con un bajo perfil de interacciones, especialmente en pacientes que presentan patologías comórbidas como enfermedades cardiovasculares, metabólicas o neurológicas, que requieren tratamientos simultáneos. Por



ejemplo, los ISRS, como la fluoxetina o la fluvoxamina, tienen una alta probabilidad de interacciones al inhibir enzimas hepáticas como el citocromo P450⁵. En cambio, opciones como la sertralina, escitalopram, desvenlafaxina o vortioxetina presentan un perfil de interacciones más reducido y son más seguras en pacientes polimedicados²⁹.

- **Optimizar la adherencia al tratamiento:** la adherencia es un reto crítico en el manejo de la depresión, ya que se estima que alrededor del 41 % de los pacientes abandonan el tratamiento en los primeros tres meses³⁰. Para mejorarla, es indispensable optar por fármacos con un buen perfil de seguridad³⁰ y tolerabilidad, como la vortioxetina³¹, que no generen efectos adversos significativos. Además, algunos fármacos de nueva generación, como la agomelatina, que tiene poco impacto en el peso, la esfera sexual y el embotamiento emocional, pueden favorecer una mayor aceptación y suponer una mejor experiencia terapéutica para el paciente⁴. La simplificación de los regímenes de tratamiento en pautas lo más simples posibles mejora la adherencia. Por ejemplo, fármacos como la vortioxetina, la agomelatina o el escitalopram, que requieren una única dosis diaria, facilitan considerablemente el cumplimiento del tratamiento. Algunos estudios demuestran que los pacientes tienen una tasa de adherencia superior al 91 % con una pauta de toma única diaria, frente a escasamente un 83 % con regímenes más complejos de múltiples dosis al día³². Un abordaje integral, que combine tratamiento farmacológico con intervenciones psicosociales, también potencia el compromiso del paciente con su proceso terapéutico³¹.

Estas propuestas buscan abordar los retos mencionados, poniendo al paciente en el centro de la intervención y promoviendo un enfoque humanizado que responda a sus necesidades clínicas, emocionales y funcionales. Solo a través de una atención centrada en la persona, que considere todos estos factores, será posible lograr una verdadera recuperación y mejorar la calidad de vida de quienes padecen depresión.

5.1. La humanización en los planes de salud mental en España

Aunque con una perspectiva más amplia y un enfoque global dirigido a la salud mental en general –y más allá de la depresión en particular– se han desarrollado recientemente algunas iniciativas y esfuerzos para analizar y proponer medidas específicas que mejoren la humanización del paciente en este ámbito tan complejo y multifacético.

Un ejemplo concreto es el estudio de David Fraguas *et al.*²⁰ publicado en 2024 en el *Spanish Journal of Psychiatry and Mental Health*, en España, donde se observó que la atención en salud mental ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, buscando integrarse en el sistema sanitario general y garantizar una asistencia equitativa y de calidad. Sin embargo, se ha visto que todavía persisten desafíos en la **humanización de la atención**, es decir, en tratar a las personas con trastornos mentales con dignidad, empatía y respeto.

El estudio tiene como objetivo:

1. **Identificar** las medidas de humanización en los planes de salud mental de las 17 comunidades autónomas (CC. AA.) españolas.



- 2. Evaluar** el grado de implementación de estas medidas.
- 3. Determinar** las áreas prioritarias para mejorar la humanización en salud mental.

La humanización no solo afecta a los profesionales sanitarios, sino también a la cultura organizacional, las políticas de salud y la administración pública.

Este estudio lo promovió la **Fundación Humans** y se realizó entre septiembre de 2018 y febrero de 2019. Se aplicó un método Delphi modificado, basado en *design thinking*, que permitió la participación de:

- Profesionales de la salud mental y de atención primaria.
- Pacientes, familiares y asociaciones de pacientes.
- Gestores, políticos del sector salud y administraciones autonómicas.

El estudio se llevó a cabo en **tres fases**:

- 1. Identificación** de medidas de humanización en los planes de salud mental de las CC. AA.
- 2. Análisis de implementación** de estas medidas a través de encuestas a los responsables de los planes autonómicos.
- 3. Consenso sobre prioridades**, identificando los aspectos clave para mejorar la humanización en salud mental.

Las encuestas incluyeron preguntas sobre la existencia de planes específicos de humanización, presupuesto asignado, programas de formación, medidas contra la coerción y participación de pacientes.

El análisis que se realizó a los **14** planes de salud mental con alguna referencia a la humanización detectó medidas de humanización con acciones

identificadas específicas agrupadas en **cuatro categorías**:

- 1. Mejoría de la calidad asistencial:** infraestructura, formación de profesionales, protocolos de atención.
- 2. Fomento de la participación de los usuarios:** incorporación de pacientes y familiares en la toma de decisiones.
- 3. Lucha contra el estigma y la discriminación:** campañas de concienciación y educación pública.
- 4. Atención a poblaciones vulnerables:** personas sin hogar y personas con trastornos graves.

Sin embargo, el nivel de implementación de estas medidas varió significativamente:

- **El 100 % de las CC. AA.** tienen programas de formación para profesionales sanitarios y no sanitarios en contacto con pacientes con trastornos mentales.
- **El 87,5 %** han implementado medidas para reducir el uso de sujeciones mecánicas.
- **El 80 %** incluyen la participación de personas con trastornos mentales y sus familias en el diseño de estrategias.
- **Solo el 6,3 %** han asignado presupuestos específicos para la humanización de la atención en salud mental.

En general, la aplicación de medidas de humanización **alcanza un 64,1 % en promedio**, con grandes diferencias entre comunidades.

En resumen, el estudio resalta que la humanización debe ser **un eje transversal** en todas las estrategias de salud mental, con objetivos concretos, financiación adecuada y mecanismos de evaluación.

Las cinco áreas prioritarias para mejorar la humanización son:





- 1. Campañas de sensibilización:** difundir mensajes claros sobre salud mental y prevención del suicidio con apoyo de personalidades públicas y redes sociales.
- 2. Foros de diálogo:** espacios donde profesionales, pacientes y familias puedan discutir cómo mejorar la atención basada en la dignidad y los derechos humanos.
- 3. Plataformas de apoyo:** creación de redes de colaboración entre asociaciones de pacientes, instituciones y profesionales.
- 4. Educación en salud mental:** introducir formación en colegios y universidades para reducir el estigma y promover la prevención.
- 5. Desarrollo de competencias en la relación terapéutica:** capacitar a los profesionales para que los pacientes sean agentes activos en su propio tratamiento.

Como conclusión, el estudio apunta que, si bien los planes autonómicos incluyen medidas de humanización, su implementación es desigual y carece de un **enfoque estructurado y una financiación específica**. Para mejorar la calidad de la atención en salud mental en España, es fundamental:

- **Coordinar esfuerzos entre comunidades autónomas.**
- **Asignar recursos económicos adecuados.**
- **Incorporar la voz de los pacientes y sus familias en la toma de decisiones.**
- **Eliminar progresivamente las medidas coercitivas, como las sujeciones mecánicas.**

El estudio propone una **estrategia nacional unificada** que garantice la humanización en salud mental como un **derecho fundamental**.



6. Conclusiones

La humanización en la atención del paciente con depresión es fundamental para garantizar un **enfoque integral que contemple tanto los aspectos clínicos como las dimensiones emocionales y sociales de la enfermedad**. La depresión es un trastorno complejo que requiere una atención multidimensional, y su abordaje debe priorizar el bienestar del paciente mediante un tratamiento personalizado, adaptado a sus necesidades individuales y orientado a mejorar su calidad de vida. Es esencial **minimizar los efectos adversos de los tratamientos**, como el embotamiento emocional y la disfunción sexual, ya que estos pueden afectar la adherencia y la recuperación.

Además, **la atención sanitaria debe centrarse en el paciente**, involucrándolo activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento y garantizando su acceso a los servicios de salud mental sin barreras económicas, geográficas o de estigmatización. La **integración de la salud mental con la atención primaria y otros servicios sanitarios resulta clave para ofrecer una asistencia eficaz**, lo que implica fortalecer la formación de los profesionales de la salud en habilidades de comunicación y empatía.

Para mejorar la calidad de la atención, es fundamental **implementar herramientas de evaluación sistemática que permitan medir la eficacia de los tratamientos y aplicar enfoques innovadores**, como la terapia electroconvulsiva y la estimulación magnética transcraneal, en casos de depresión resistente.

Asimismo, la **prevención de recaídas** requiere una monitorización continua de los pacientes, junto con la promoción de hábitos saludables y la educación en salud mental.

En definitiva, la humanización de la asistencia sanitaria en depresión no solo contribuye a mejorar los resultados clínicos, sino que también ayuda a reducir el estigma y a dignificar la experiencia del paciente, promoviendo un modelo de atención basado en la empatía, el respeto y la participación activa del individuo en su propio proceso de recuperación.



7. Referencias

1. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chairmani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2018;391:1357-66.
2. Goodwin GM, Price J, De Bodinat C, Laredo J. Emotional blunting with antidepressant treatments: A survey among depressed patients. *J Affect Disord*. 2017;221:31-35.
3. Jacobsen PL, Thorley EM, Curran C. Real-world patient experience with sexual dysfunction and antidepressant use in patients with self-reported depression: a cross-sectional survey study. *Neurol Psychiatry Brain Res*. 2020;36:57-64.
4. McIntyre RS, Kwan ATH, Rosenblat JD, Teopiz KM, Mansur RD. Psychotropic drug-related weight gain and its treatment. *Am J Psychiatry*. 2024;181(1):26-38. doi: 10.1176/appi.ajp.20230922.
5. Grace AA. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. *Nat Rev Neurosci*. 2016;17(8):524-32. doi: 10.1038/nrn.2016.57. Epub 2016 Jun 3. PMID: 27256556; PMCID: PMC5166560.
6. Lam RW, McIntosh D, Wang J, Enns MW, Kolivakis T, Michalak EE, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 1. Disease Burden and Principles of Care. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):510-23.
7. Beurel E, Toups M, Nemeroff CB. The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble. *Neuron*. 2020;107(2):234-256. doi: 10.1016/j.neuron.2020.06.002. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32553197; PMCID: PMC7381373.
8. Penner-Goeke S, Binder EB. Epigenetics and depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2019;21(4):397-405. doi: 10.31887/DCNS.2019.21.4/ebinder. PMID: 31949407; PMCID: PMC6952745.
9. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Guías Clínicas de Depresión. 2023.
10. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Depression Across Three Age Cohorts. 2025. Disponible en: <https://www.apa.org/depression-guideline/guideline.pdf> [Consultado en marzo de 2025].
11. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(9995):743-800.
12. Murray CJ, Atkinson C, Bhalla K, Birbeck G, Burstein R, Chou D, et al. The State of US Health, 1990-2010. Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *JAMA*. 2013;310(6):591-606. doi:10.1001/jama.2013.13805.
13. Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry*. 2015;76:155-62.
14. Fried EI, Nesse RM. The impact of individual depressive symptoms on impairment of psychosocial functioning. *PLoS One*. 2014;9(2):e90311.
15. American Psychiatric Association. Diagnos-





- tic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). 2013. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> [Consultado en marzo de 2025].
16. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE-11). Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/es> [Consultado en marzo de 2025].
 17. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2014;34(2):130-40. doi: 10.1016/j.cpr.2014.01.002. Epub 2014 Jan 10. PMID: 24487344.
 18. Stevenson MD, Scope A, Sutcliffe PA, Booth A, Slade P, Parry G. Group cognitive behavioural therapy for postnatal depression: a systematic review of clinical effectiveness, cost-effectiveness, and value of information analyses. *Health Technol Assess.* 2010;14(44). doi: 10.3310/hta14440.
 19. Munir S, Gunturu S, Abbas M. Seasonal affective disorder. 2024 Apr 20. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025. PMID: 33760504.
 20. Fraguas D, Zarco J, Balanzá-Martínez V, Blázquez García JF, Borràs Murcia C, Cabrera A, et al. Humanization in mental health plans in Spain. *Span J Psychiatry Ment Health.* 2024;17(2):71-80.
 21. Lam RW, Kennedy SH, Adams C, Bahji A, Beaulieu S, Bhat V, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 update on clinical guidelines for management of major depressive disorder in adults. *Can J Psychiatry.* 2024;69(9):641-87.
 22. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Depression in adults: treatment and management. Londres: NICE; 2022. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng222 [Consultado en diciembre de 2024].
 23. Sociedad Española de Psicogeratría. Consenso sobre la depresión en el anciano. 2.ª ed. Disponible en: <https://www.sepg.es/2ConsensoSobreDepresion>.
 24. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry.* 2016;61(9):540-60.
 25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
 26. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Implanted vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression. Interventional procedures guidance [IPG679]. 2020. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg679/chapter/1-Recommendations>.
 27. Iglesias García C, Alonso Villa M. Síntomas residuales en la depresión. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(2):101-5. PMID: 19401858.
 28. Montejo AL, Calama J, Rico-Villademoros F, Montejo L, González-García N, Pérez J, et al. A real-world study on antidepressant-associated sexual dysfunction in 2144 outpatients: The SALSEX I Study. *Arch Sex Behav.* 2019;48:923-33. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1365-6>.
 29. Gillman PK. Tricyclic antidepressant pharmacology and therapeutic drug interactions



- updated. *Br J Pharmacol*. 2007;151(6):737-48. doi: 10.1038/sj.bjp.0707253. Epub 2007 Apr 30. PMID: 17471183; PMCID: PMC2014120.
30. Di Nicola M, Dell'Osso B, Peduto I, Cipelli R, Pugliese AC, Signorelli MS, et al. Adherence to, and persistence of, antidepressant therapy in patients with major depressive disorder. *Curr Neuropharmacol*. 2023;21(3):727-39.
31. Lawrence DF, Manjelievskaia J, Chrones L, McCue M, Touya M. Adherence and persistence among patients with major depressive disorder enrolled in the vortioxetine tAccess Patient Support Program. *Curr Med Res Opin*. 2021;37(8):1385-92. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1918072>.
32. Iskedjian M, Einarson TR, MacKeigan LD, Shear N, Addis A, Mittmann N, et al. Relationship between daily dose frequency and adherence to antihypertensive pharmacotherapy: evidence from a meta-analysis. *Clin Ther*. 2002;24(2):302-16. doi: 10.1016/s0149-2918(02)85026-3. PMID: 11911560.



Ficha Técnica de Brintellix® (vortioxetina)

Brintellix® 5 mg, 10 mg, 15 mg y
20 mg comprimidos recubiertos
con película:



Escanee el QR o [pulse aquí](#)
para acceder a la Ficha Técnica
en CIMA

Brintellix® 20mg/ml gotas
orales en solución:



Escanee el QR o [pulse aquí](#)
para acceder a la Ficha Técnica
en CIMA

[ES-BRIN-1544]. PRESENTACIONES Y PRECIO. Brintellix 5 mg 28 comprimidos recubiertos con película: P.V.P. 16,39€, P.V.P. I.V.A. 17,05€ Brintellix 10 mg 28 comprimidos recubiertos con película: P.V.P. 32,78€, P.V.P. I.V.A. 34,09€ Brintellix 15 mg 28 comprimidos recubiertos con película: P.V.P. 42,61€, P.V.P. I.V.A. 44,32€ Brintellix 20 mg 28 comprimidos recubiertos con película: P.V.P. 52,45€, P.V.P. I.V.A. 54,54€ Brintellix 20 mg/ml gotas orales en solución: P.V.P. 34,18€, P.V.P. I.V.A. 35,55€. CONDICIONES DE PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN. Medicamento sujeto a prescripción médica. CONDICIONES DE PRESTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Reembolsable por el Sistema Nacional de Salud. Medicamento de aportación reducida. FECHA DE ELABORACIÓN: Abril 2025.



HUMANIZACIÓN

DE LA ATENCIÓN Y EL TRATO A LAS PERSONAS CON DEPRESIÓN

Título original
Humanización de la atención y el trato a las personas con depresión.

© 2025. Fundación HUMANS
Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o por cualquier otro sistema de reproducción, sin autorización expresa del propietario del copyright.



Recinto Modernista de Sant Pau, Pabellón de Operaciones
C/ Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona
hello@edryx.net
www.edryx.net

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.