

5. Otros tratamientos

- ¿Es efectiva la terapia electroconvulsiva para tratar la depresión mayor?
- ¿Es efectiva la autoayuda guiada en algún subgrupo de pacientes?
- ¿Son efectivos los grupos de apoyo en pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectivo el ejercicio físico en los pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectiva la acupuntura en los pacientes con depresión mayor?
- ¿Es efectivo el tratamiento con la hierba de San Juan?

5.1 Terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva (TEC) provoca, con finalidad terapéutica, una crisis comicial generalizada, a través de una estimulación eléctrica del sistema nervioso central. Si bien hace años fue una técnica denostada e incluso prohibida, hoy en día se realiza en algunas circunstancias, bajo control anestésico y miorelajación, con lo que sus efectos secundarios se han reducido hasta ser comparables a los de una anestesia general.

Aunque la electroterapia convulsiva lleva utilizándose en la práctica clínica más de 50 años, sigue existiendo controversia sobre las patologías en las que podría indicarse, su eficacia, la forma de administración, las posibles complicaciones y su indicación como tratamiento de mantenimiento. A pesar de ello, la TEC ha probado su eficacia en diversos estudios y se utiliza en episodios depresivos graves, con o sin síntomas psicóticos y en depresiones resistentes. También debería considerarse como tratamiento de primera línea en situaciones agudas de riesgo de suicidio o en pacientes gravemente deteriorados médicamente^{25, 127}.

No existen contraindicaciones absolutas para la terapia electroconvulsiva, aunque sí situaciones de riesgo relativo, como la presencia de lesiones cerebrales ocupantes de espacio (tumores o hemorragias) o cualquier otra situación en la que esté elevada la presión intracraneal, los problemas cardiovasculares recientes (como el infarto agudo de miocardio o las malformaciones vasculares), el tratamiento con IMAO o litio y la existencia de riesgo elevado para la anestesia general¹²⁸. Respecto a los efectos secundarios, dependen fundamentalmente de las condiciones previas del paciente, su susceptibilidad personal, la técnica utilizada (bi o unilateral), el número

de sesiones empleadas y la frecuencia de administración. Pueden ser inmediatos (confusión mental, amnesia y cefalea) o más persistentes (euforia y trastornos cognitivos)¹²⁷.

En 1999, la Sociedad Española de Psiquiatría promovió la elaboración de un consenso español sobre terapia electroconvulsiva, en el que se acordó que la TEC de mantenimiento podría beneficiar a un 10-15% de los pacientes con trastornos afectivos graves en los que se producen recaídas aún con tratamientos farmacológicos adecuados, en los 6 meses siguientes a la TEC¹²⁹.

El apartado de TEC de la GPC de Depresión de NICE²⁵ se basa en una revisión sistemática elaborada por la Universidad de Sheffield y publicada posteriormente en el año 2005^{25, 130} e incluye a su vez dos revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorios de calidad. En la primera, elaborada por la Colaboración Cochrane, se estudió la eficacia y seguridad de la TEC en la esquizofrenia¹³¹, y en la segunda, realizada por el *UK ECT Group*, la eficacia de la TEC en la enfermedad depresiva¹³². También incluyó una revisión sistemática de estudios no aleatorios acerca del punto de vista de los pacientes sobre esta técnica¹³³, dos ensayos clínicos en los que se comparó la TEC con la estimulación transcraneal magnética, diez en los que se comparó la TEC combinada con fármacos, con la TEC más placebo, un estudio prospectivo de cohortes en el que se comparaban pacientes de edad avanzada que habían recibido TEC con aquellos que no la habían recibido¹³⁴ y una revisión sistemática de series de casos sobre la utilización de la TEC en el embarazo^{135, 136}.

La GPC de NICE considera que la TEC es un tratamiento efectivo en la depresión del adulto y realiza las siguientes conclusiones:

- La TEC real es más efectiva que la simulada, si bien los parámetros del estímulo eléctrico tienen una importante influencia en la eficacia.
- La TEC bilateral es más efectiva que la unilateral y la TEC unilateral a dosis baja no es más efectiva que la TEC simulada.
- La TEC presenta el riesgo de aparición de efectos secundarios de tipo cognitivo. Aunque las pruebas son limitadas, parece que la duración de estos efectos no se prolongan más allá de seis meses, sin que existan estudios a más largo plazo.
- La TEC es probablemente más efectiva que la farmacoterapia a corto plazo, si bien las pruebas de esta afirmación se basan en estudios de calidad variable y dosis inadecuadas.

- La combinación de TEC con farmacoterapia no ha mostrado tener mayor efecto a corto plazo que la TEC sola.
- Existe limitada información de que la TEC es más eficaz que la estimulación magnética transcraneal repetitiva.
- Ciertos datos sugieren que los antidepresivos tricíclicos podrían mejorar el efecto de la TEC y que la continuidad del tratamiento asociado a litio reduce la tasa de recaídas en pacientes que han respondido a TEC tras un episodio agudo.

Por último, el meta-análisis elaborado por Kho *et al*¹³⁷ y basado en 16 ensayos clínicos incluidos la mayoría en las revisiones anteriores, apoya las conclusiones anteriormente expuestas.

Resumen de la evidencia

1+	Existen numerosos estudios controlados que demuestran que la terapia electroconvulsiva es un tratamiento efectivo y seguro en pacientes adultos con depresión mayor grave (128, 130, 135).
1+	Los parámetros del estímulo eléctrico tienen gran influencia en la eficacia de la técnica, siendo la bilateral más efectiva que la unilateral (128, 130, 135).
1+	La TEC es una técnica segura y sus efectos secundarios sobre la memoria son habitualmente leves y transitorios (128, 130, 135).
1+	La TEC es más efectiva a corto plazo que la farmacoterapia y la combinación de TEC con farmacoterapia no ha mostrado tener mayor efecto a corto plazo que la TEC sola (128, 130, 135).
1+	Los antidepresivos tricíclicos mejoran el efecto de la TEC y la continuidad con tratamiento antidepresivo asociado a litio podría reducir la tasa de recaídas en pacientes que han respondido a TEC tras un episodio agudo (128, 130, 135).

Recomendaciones

A	La terapia electroconvulsiva debería considerarse como una alternativa terapéutica en pacientes con depresión mayor grave del adulto.
<input checked="" type="checkbox"/>	La TEC está especialmente indicada en pacientes con depresión mayor grave -con alto riesgo de suicidio o deterioro físico grave- en la depresión resistente y por elección informada del paciente.

5.2 Autoayuda guiada

La autoayuda es un término ambiguo que incluye la autoayuda como tal y la autoayuda guiada. La autoayuda o *self-help* se dirige a mejorar el resultado clínico mediante el adiestramiento de los pacientes en las habilidades pertinentes para superar y manejar su problema de salud. Incluye el uso de materiales escritos (biblioterapia), programas informáticos o material grabado en audio/vídeo para que, con el fin de que modifiquen sus actitudes y comportamiento, consigan la solución o mejora de sus problemas.

Por su parte, la autoayuda guiada o *guided self-help* es más completa y utiliza estos materiales de autoayuda conjuntamente con una orientación mínima ofrecida por un profesional “para monitorizar el progreso, aclarar los procedimientos, responder las preguntas generales o prestar apoyo o estímulo general”¹³⁸.

La lectura de la literatura existente sobre esta pregunta puso de relieve diferentes cuestiones:

- En primer lugar, el material de autoayuda para la depresión es escaso, en inglés y aludiendo siempre a dos textos de referencia: *Feeling Good, The New Mood Therapy*, de David Burns, cuya edición en castellano se llama *Sentirse bien*¹³⁹ y *Managing anxiety and depression*¹⁴⁰, habiendo sido traducido al castellano con el título *Manejando su ansiedad y depresión*. Un único artículo se refiere a un tercer libro titulado *Control your depression*¹⁴¹. Desconocemos si estos libros han sido validados en castellano y si realmente se usan como material biblioterápico en las consultas.
- En la mayor parte de los estudios refieren que es un terapeuta el que entrega el material de lectura, con una intervención mínima. Además, el abanico de pacientes a los que se les ofreció la biblioterapia fue muy variado.
- Existe una gran heterogeneidad sobre el diagnóstico y la clasificación de la depresión y en muchas ocasiones no se utilizan criterios ni escalas consideradas de referencia en esta guía.
- También se observó la utilización de diferentes nomenclaturas y, en ocasiones, combinaciones de técnicas, lo que limita la evaluación.

NICE evaluó la autoayuda guiada a través de nueve ensayos clínicos aleatorios y concluyó que produce una reducción clínica significativa de los sín-

tomas depresivos en comparación con la no intervención. En pacientes con depresión leve o moderada podría ser tan efectiva como algunas formas de terapia individual y más efectiva que la psicoterapia grupal, aunque no existe suficientes datos de que este beneficio se mantenga a largo plazo²⁵. Las recomendaciones que realiza son las siguientes:

- En los pacientes con depresión leve, los profesionales sanitarios deberían recomendar programas de autoayuda guiada basados en terapias cognitivo-conductuales
- La autoayuda guiada, además de proporcionar material escrito adecuado, debe prestar apoyo y seguimiento por parte de profesionales sanitarios durante unas seis a nueve semanas.

La biblioterapia en el tratamiento de la depresión fue evaluada en un meta-análisis¹⁴² y se observó que su utilización se traduciría en una reducción de al menos el 25% en las puntuaciones de los test de depresión en comparación con el no tratamiento, si bien no hubo relación significativa entre el tiempo de mantenimiento del tratamiento y el resultado clínico final. Hasta el momento no existen ensayos que demuestren que la biblioterapia sea de ayuda en pacientes con depresión grave.

Un ensayo clínico aleatorio y controlado¹⁴³ examinó si el hecho de añadir material de autoayuda (libros, folletos, algoritmos....) al tratamiento estándar de la depresión mediante antidepresivos por médicos de atención primaria se asociaba con alguna mejora adicional en los resultados clínicos. Los resultados no mostraron reducción significativa entre los pacientes tratados únicamente con antidepresivos o en los que recibieron además autoayuda. Sin embargo, sí se observaron diferencias significativas a favor del grupo de intervención en lo que se refiere a conocimiento del tratamiento, de la enfermedad, de cómo realizar cambios en su vida y de los efectos de la medicación. Los pacientes se mostraron satisfechos de recibir la autoayuda y la mayoría de los médicos generales la encontraron de utilidad.

Resumen de la evidencia

1+	En comparación con la no intervención, la autoayuda guiada es efectiva a la hora de reducir los síntomas de la depresión leve-moderada, si bien no se conoce su efecto a largo plazo (25).
1+	No se observaron diferencias significativas al comparar el tratamiento farmacológico de la depresión con o sin autoayuda añadida (141).

Recomendaciones

<input checked="" type="checkbox"/>	De forma general, en los pacientes con depresión mayor grave no está recomendada la autoayuda guiada.
B	Sin embargo, en los pacientes con depresión leve o moderada, los profesionales podrían considerar la recomendación de programas de autoayuda guiada en base a terapia cognitivo-conductual.

5.3 Grupos de apoyo

Como **grupo de ayuda mutua** se entiende un grupo específicamente creado para ayudar a sus miembros a afrontar la situación vital crítica, como es el caso de los enfermos mentales crónicos, y por otro informar, orientar y apoyar a las familias ofreciendo recursos para soportar la angustia y sobrellevar los prejuicios vinculados al desconocimiento de determinadas enfermedades. Estos grupos y redes “no profesionales” funcionan de forma autónoma y surgen en la sociedad cuando las organizaciones de asistencia sanitaria formales no satisfacen ciertas necesidades. Los ejemplos mejor conocidos son los grupos de alcohólicos anónimos y los programas de autoayuda para los trastornos de los hábitos alimenticios. Se presume que estos grupos son principalmente autosuficientes y habitualmente sin interferencia profesional.

Por su parte, los **grupos de apoyo** suelen ser convocados por un profesional y estar compuestos por personas que comparten algún tipo de problema que altera o modifica aspectos de su funcionamiento normal. La pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, permitiendo interactuar con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes. Un grupo puede comenzar siendo un grupo de apoyo y convertirse con el tiempo en un grupo de ayuda mutua con funcionamiento autónomo, si bien del mismo modo y puntualmente, éste puede necesitar la ayuda de un profesional o de una institución y funcionar durante cierto tiempo como un grupo de apoyo.

En ocasiones, estos grupos pueden ser guiados por **paraprofesionales** entrenados o supervisados por profesionales, que se definen como trabajadores de salud mental, remunerados o voluntarios, sin formación en lo que se refiere al tratamiento psicológico para la ansiedad y la depresión, y que sustituyen a los profesionales en el tratamiento de pacientes con dichos trastornos¹⁴⁴.

En este apartado, la guía de NICE²⁵ únicamente incluyó un ensayo clínico aleatorio en el que se utilizaba el ofrecimiento de amistad a mujeres con

depresión. Éste consistió en que voluntarias especialmente entrenadas se prestaban a conocer, hablar y acompañar un mínimo de una hora a la semana a mujeres con depresión, a las cuales se les permitía también otro tipo de tratamientos. Los resultados mostraron que el trato de amistad es efectivo significativamente en lograr la remisión del cuadro depresivo en comparación con controles. NICE concluye con la recomendación de que en los pacientes con depresión crónica el trato de amistad podría considerarse coadyuvante al tratamiento farmacológico o psicológico.

En un estudio de cohortes prospectivo no incluido por NICE¹⁴⁵ se evaluó la utilización de foros de apoyo de depresión a través de Internet. Los pacientes que utilizaban habitualmente estos foros (más de cinco horas a la semana), presentaban una mejor resolución de sus síntomas depresivos, si bien es preciso considerar la alta probabilidad de sesgos de este estudio al utilizar pacientes con diferentes estados y aislados socialmente.

Los grupos de apoyo y de socialización parecen constituir factores protectores en personas mayores con depresión, mientras que las limitaciones sensoriales, como la ceguera y la sordera, la soledad, la ausencia de vivienda y los bajos ingresos económicos se comportan como factores de riesgo de depresión¹⁴⁶. Por último, un estudio de satisfacción mostró que hasta un 64% de los participantes en grupos de apoyo de depresión declararon que este tipo de terapia cumplía sus expectativas¹⁴⁷.

Resumen de la evidencia

	Los estudios acerca de grupos de apoyo y autoayuda son escasos y de insuficiente calidad para determinar si éstos pueden ser beneficiosos o no en pacientes con depresión mayor.
--	--

Recomendaciones

<input checked="" type="checkbox"/>	La participación en grupos de apoyo no se considera una medida eficaz de tratamiento, en solitario o combinada con otras medidas terapéuticas, en pacientes con trastorno depresivo mayor.
-------------------------------------	--

5.4 Ejercicio físico

Es conocido que la realización de ejercicio produce una mejoría del humor y de la sensación de bienestar general, por lo que se ha intentado determinar hasta qué punto puede ser útil como tratamiento en los pacientes con depre-

sión mayor. El paciente deprimido que realiza un ejercicio regular consigue desarrollar su autoestima y un mejor y mayor apoyo entre sus semejantes lo que favorece sus relaciones con el entorno.

NICE²⁵ realizó una revisión sistemática acerca de la probabilidad de remisión, reducción de síntomas y adherencia al tratamiento en pacientes con depresión que realizaban ejercicio, frente a su no realización y a diferentes tratamientos disponibles (farmacológicos, psicoterapéuticos, apoyo social y meditación), incluyendo un total de nueve ensayos clínicos. En general los programas de ejercicio utilizados fueron de frecuencia relativamente elevada (al menos 3 veces por semana), duración de 45 minutos a 1 hora y en períodos de 10 a 12 semanas. Las conclusiones fueron que en sujetos con depresión, en particular leve o moderada, el ejercicio estructurado y supervisado tuvo un impacto clínico significativo en la mejoría de los síntomas y no encontraron pruebas de beneficios a largo plazo en la prevención de recaídas y de la utilidad de los programas de ejercicio de mantenimiento. Tampoco hay pruebas suficientes para valorar su utilidad como alternativa o en combinación con otros tratamientos, aunque un estudio reciente, con pocos pacientes, apunta que el ejercicio de resistencia asociado a fármacos antidepressivos es mejor que los fármacos antidepressivos solos¹⁴⁸.

Un ensayo con importantes limitaciones metodológicas (escaso tamaño muestral, malas definiciones de tiempo e intensidad de ejercicio, bajo número de participantes entre los potencialmente elegibles y no valoración de las comorbilidades) y no incluido en la guía de NICE comparó el ejercicio físico con actividades educativas en pacientes sin mejoría clínica tras seis semanas de tratamiento farmacológico a dosis adecuadas¹⁴⁹. Los autores observaron que el ejercicio realizado dos veces por semana proporciona una reducción mayor de los síntomas depresivos, aunque ésta sea ligera.

Otra revisión sistemática¹⁵⁰, en la que sólo se incluyeron tres estudios con pacientes con depresión mayor observó que los programas de ejercicio físico reducen de forma significativa los síntomas de depresión, si bien las conclusiones se ven limitadas por la heterogeneidad de los tres estudios valorados y sus limitaciones metodológicas.

La eficacia del ejercicio en pacientes con depresión mayor leve y moderada y su relación dosis-respuesta fue evaluada en un ensayo en el que sólo el 5% de los pacientes potencialmente elegibles lo iniciaron¹⁵¹. Los autores concluyen que el ejercicio aeróbico a las dosis tradicionalmente recomendadas (17 kcal/kg/semana, realizado de 3 a 5 veces a la semana) mejora los síntomas de la depresión mientras que el ejercicio a bajas dosis (7 kcal/kg/semana) no tiene efecto alguno.

Por último, en pacientes mayores de 60 años, el ejercicio intenso también parece ser más eficaz que el de baja intensidad o los cuidados habituales por el médico de atención primaria¹⁵².

Resumen de la evidencia

2++	Para pacientes con depresión mayor, en particular de grado leve-moderado, un programa de ejercicios estructurado y supervisado podría ser una intervención efectiva con impacto clínicamente significativo sobre los síntomas depresivos (25).
2+	Si bien la tasa de aceptación de los programas de ejercicio es baja, la adherencia una vez iniciado es similar a otro tipo de terapias y se detectan beneficios a corto plazo (25).
2++	El mayor efecto beneficioso del ejercicio se obtiene cuando se administra asociado al tratamiento farmacológico o psicoterapéutico (146).
	No se han encontrado pruebas sobre la utilidad del ejercicio como terapia de mantenimiento y en la prevención de recaídas.

Recomendaciones

C	A los pacientes con depresión leve-moderada se les debería recomendar programas de ejercicio estructurado y supervisado, de intensidad moderada, frecuencia de 2-3 veces por semana, duración de 40-45 minutos y por espacio de 10 a 12 semanas.
---	--

5.5 Acupuntura

La acupuntura es una técnica que consiste en la inserción de agujas finas en diferentes partes del cuerpo y se basa en la medicina tradicional china. Existe una amplia variedad de técnicas, entre las que se incluyen la clásica o tradicional, la auricular, la de puntos gatillo y la de puntos únicos.

La utilización de la acupuntura no se trató en la GPC de NICE²⁵. Identificamos tres revisiones sistemáticas y un ensayo clínico posterior con los que abordamos la pregunta. La primera revisión¹⁵³ incluyó 7 ensayos clínicos aleatorios, de los que seis incluían únicamente pacientes con depresión mayor (un total de 466 pacientes). La segunda revisión, publicada por la Colaboración Cochrane¹⁵⁴ incluyó siete ensayos clínicos aleatorios (un total

de 517 pacientes), cinco de los cuales estaban incluidos en la primera¹⁵³. Una última revisión¹⁵⁵ incluyó nueve ensayos clínicos aleatorios, ocho de los cuales incluían solo pacientes con depresión mayor (614 pacientes). Todos los ensayos de la primera revisión¹⁵³ estaban incluidos en ésta y sólo uno de la revisión Cochrane¹⁵⁴ no lo estaba.

Los criterios de inclusión contemplados en las revisiones fueron ensayos clínicos aleatorios que compararan la acupuntura (específica para la depresión o no) con la acupuntura simulada, tratamiento farmacológico o ningún tratamiento y todos los ensayos incluidos en las tres revisiones fueron considerados de baja calidad.

En líneas generales, las revisiones coinciden en que no existen pruebas científicas suficientes para determinar si la acupuntura específica para la depresión es más eficaz que la inespecífica o el no tratamiento, o si la acupuntura más medicación es más eficaz que la acupuntura más placebo. Además, los aspectos metodológicos anteriormente comentados hacen que la interpretación de los resultados deba hacerse con cautela.

Un último ensayo clínico aleatorio doble ciego no incluido en las revisiones previas y realizado en 151 pacientes con diagnóstico de depresión mayor comparó la acupuntura tradicional china con la estimulación manual y con un grupo control¹⁵⁶. Concluyó que, aunque la acupuntura parece mejorar los pacientes tratados respecto a los pacientes en lista de espera, no existen datos de una eficacia diferente entre los dos tipos de acupuntura y que la acupuntura con estimulación manual no es eficaz como monoterapia en la depresión mayor.

Resumen de la evidencia

	Los ensayos disponibles carecen de un adecuado rigor metodológico, por lo que no es posible determinar si la acupuntura, específica para la depresión o no, sola o en combinación con otros tratamientos, tiene un efecto beneficioso en pacientes con síntomas de depresión mayor.
--	---

Recomendaciones

<input checked="" type="checkbox"/>	Las pruebas científicas existentes no permiten recomendar la utilización de la acupuntura como tratamiento de la depresión mayor.
-------------------------------------	---

5.6 Hierba de San Juan

El extracto de *hypericum perforatum*, comúnmente llamado hierba de San Juan, es un producto utilizado desde hace siglos, que tiene al menos siete componentes que pueden contribuir a sus efectos farmacológicos¹⁵⁷. No está del todo claro su mecanismo de acción¹⁵⁸. El fácil acceso, su bajo coste y la creencia generalizada de la ausencia de efectos secundarios¹⁵⁹ han hecho que el uso de los productos herbales en el tratamiento de la depresión haya aumentado de forma considerable.

La GPC del manejo de depresión de NICE²⁵ seleccionó cuarenta ensayos relativos al uso de la hierba de San Juan en el tratamiento de la depresión de los que finalmente sólo 19 cumplieron los criterios de inclusión. Los grupos de comparación fueron el placebo (10 artículos), los antidepresivos tricíclicos (cuatro artículos), inhibidores de la recaptación de serotonina (seis artículos) y antidepresivos relacionados con tricíclicos (un artículo). Las conclusiones fueron que la hierba de San Juan parece ser más efectiva que el placebo en la obtención de respuesta, tanto en la depresión moderada como en la grave, sin que existan diferencias cuando se compara con otros antidepresivos. A pesar de que la hierba de San Juan podría ser beneficiosa en casos de depresión leve y moderada, los autores de la guía recomiendan a los profesionales sanitarios no prescribirla debido a la incertidumbre de la dosis apropiada, la variación en la naturaleza de los preparados existentes y las potenciales interacciones con otros fármacos, como los anticonceptivos orales, anticoagulante y anticomiciales. Por otra parte, los pacientes que estén recibiendo la hierba de San Juan deberían ser adecuadamente informados de todo lo anterior.

Una revisión Cochrane posterior identificó 37 ensayos, en los que se comparaba la hierba de San Juan con placebo o con otros antidepresivos¹⁶⁰. Esta revisión incluye la mayoría de ensayos de la revisión de NICE²⁵. En adultos con depresión leve a moderada, la hierba de San Juan mejoró los síntomas más que el placebo y que los antidepresivos estándar. Al analizar de forma conjunta los seis ensayos más recientes, todos ellos de gran tamaño, con mejor diseño y que incluyeron sólo a pacientes con depresión mayor, los beneficios observados del *hypericum* sobre el placebo fueron mínimos. Esto hace pensar en una posible sobreestimación del efecto en los estudios más antiguos y de menor tamaño muestral. Los autores concluyen que la comparación de la hierba de San Juan con placebo sólo parece tener beneficios menores en los pacientes con depresión mayor, que posiblemente no haya ningún beneficio en los pacientes con depresión prolongada y que no existen pruebas acerca de su efectividad en la depresión grave. Una tercera revisión

sistemática realizada¹⁶¹ en la que se compararon los resultados de dos meta-análisis, uno de 15 estudios publicados entre los años 1979-2000 y el segundo en el que se añaden tres nuevos estudios a los anteriores no aporta datos relevantes a la revisión elaborada por la Colaboración Cochrane¹⁶⁰.

Resumen de la evidencia

	La hierba de San Juan o <i>hypericum perforatum</i> es un producto herbal utilizado con frecuencia en el tratamiento de la depresión debido a su fácil acceso y bajo coste. Sin embargo, existe incertidumbre acerca de la dosis apropiada, y pueden aparecer complicaciones en su uso debido a la variación en la naturaleza de los preparados existentes y las potenciales interacciones con otros fármacos (155).
1+	La información científica actual sobre la eficacia de la hierba de San Juan en el tratamiento de la depresión es heterogénea y puede existir una sobrestimación de su efecto. En pacientes con depresión mayor se obtendrían únicamente beneficios menores y posiblemente ninguno en los pacientes con duración prolongada de su depresión (25, 158).

Recomendaciones

B	No se recomienda el uso de la hierba de San Juan como una opción de tratamiento en los pacientes con depresión mayor.
<input checked="" type="checkbox"/>	Los profesionales sanitarios deberán informar a los pacientes que la consuman sobre sus posibles riesgos y beneficios.