

Depresión

Autores

Jesús Alberdi Sudupe
Óscar Taboada
Carlos Castro Dono
C. Vázquez Ventosos

Médicos Especialistas en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario "Juan Canalejo".
SERGAS- A Coruña - España

Guías Clínicas 2006; 6(11)

Puntos clave

- Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas
- Los fármacos antidepresivos son efectivos en el tratamiento de la depresión en todos sus grados de severidad, en pacientes con y sin enfermedades orgánicas concomitantes
- No se han encontrado diferencias entre la eficacia de los distintos antidepresivos, que se distinguen más por su perfil de efectos secundarios
- Tras un primer episodio de depresión mayor, con una recuperación sintomática completa, se recomienda mantener el antidepresivo (es discutible si una dosis íntegra o una dosis más baja de mantenimiento) durante un periodo de 6 a 12 meses
- Antes de las 4-6 semanas de administración de un antidepresivo no puede ser desechado por su ineficacia
- La psicoterapia de apoyo es imprescindible como complemento a los antidepresivos en cualquier estrategia de tratamiento de la depresión

¿Qué es la depresión?

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos –esfera de los sentimientos o emociones: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida-, aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático.

Se podría hablar de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

Si bien muchos síndromes de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, no raras veces resulta difícil establecer su autonomía diagnóstica respecto a otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la comorbilidad entre trastorno depresivo y trastorno por ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. También puede concurrir la depresión con el abuso de alcohol o tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas.

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos, marcha cansina, tono de voz bajo, facies triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo, la queja principal puede consistir en la pérdida de interés y disfrute en la vida, una vivencia del tiempo enlentecida y desagradable, o la falta de energía vital para las tareas más sencillas de la vida cotidiana.

Hay que tomar en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica.

Elaborada con opinión de médicos y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:
La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

Clasificación y criterios diagnósticos

Siguiendo fundamentalmente unas coordenadas operativas y empíricas, desde hace algunos años se propugnan los siguientes criterios diagnósticos, que pueden recoger con bastante aproximación el espectro de presentación de los síntomas depresivos. En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV como de la CIE-10. Hablamos de la depresión propiamente dicha. No entramos a considerar la depresión en el contexto de un trastorno bipolar (psicosis maníaco-depresiva) o de un trastorno Afectivo Mixto, ya que estas entidades requieren unas estrategias de prevención y de manejo diferentes.

I. Trastorno depresivo mayor, episodio único (F32) o recidivante (F33)

- Criterio A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas (de los cuales el primero o el segundo han de estar necesariamente presentes), durante al menos un periodo de dos semanas, y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales:

- Estado de ánimo depresivo – triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes),...-, la mayor parte del día, y prácticamente todos los días. Incluye manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo,...En apreciación subjetiva, o a través de la información de personas cercanas.
- Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.

Síntomas somáticos.

- Disminución o aumento del peso; o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito, casi cada día y la mayor parte de los días.
- Insomnio o hipersomnia, casi a diario.
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi diariamente (constatable por personas cercanas, no sólo sensación subjetiva de enlentecimiento o inquietud)
- Sensación de fatiga o falta de energía vital casi a diario.

Síntomas psíquicos.

- También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.
- Criterio B. Señala el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.
- Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.
- Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el con-

sumo de una sustancia, tóxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa (sobre este aspecto insistiremos más adelante).

- Criterios o información complementaria. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la relativa inespecificidad de un diagnóstico descriptivo o sindrómico de una depresión.
 - Gravedad/ Síntomas psicóticos/ Remisión (parcial o total). En el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si éstos son o no congruentes con el estado de ánimo.
 - Cronicidad.
 - Presencia de síntomas catatónicos.
 - Melancolía. Criterios para su diagnóstico:
 - Uno de:
 - Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
 - Falta de reactividad a estímulos que habitualmente resultarían placenteros.
 - Tres o más:
 - Cualidad distintiva del estado de ánimo (por ejemplo distinto a la tristeza que puede provocar la muerte de una persona allegada)
 - Los síntomas son más intensos por la mañana. Ritmo circadiano.
 - Despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual)
 - Enlentecimiento o agitación psicomotriz marcados.
 - Anorexia o pérdida de peso significativas.
 - Culpabilidad excesiva o inapropiada.
 - Síntomas atípicos, como puedan ser el aumento de peso, la hipersomnia, el cansancio excesivo, la hipersensibilidad al rechazo. El síndrome constituido por síntomas atípicos se diagnostica como depresión atípica. Diagnóstico al que algunos autores otorgan una importante consistencia diagnóstica y preconizan tratarlo con IMAOs como primera indicación.
 - Inicio en el post-parto: depresión puerperal.

II. Trastorno distímico (F34.1)

- Criterio A. Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o descrito por personas cercanas), durante al menos dos años (en niños, el estado de ánimo preponderante puede ser la irritabilidad o el enfado, y se requiere un tiempo mínimo de un año).
- Criterio B. Dos o más de los siguientes:
 - Disminución o aumento del apetito.
 - Insomnio o hipersomnia.
 - Falta de energía vital.
 - Baja autoestima.
 - Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
 - Sentimientos de desesperanza.
- Criterio C. Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
- Criterio D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la enfermedad (un año para niños y adolescentes).

De lo contrario, en lugar del trastorno distímico, se pasaría a hablar de un trastorno depresivo mayor crónico, o de un trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Antes de la aparición de la distimia pudo darse un episodio depresivo mayor previo, y para tal diagnóstico tuvo que remitir por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha. Tras dos años o más tras la eventual remisión de una distimia, puede darse un nuevo diagnóstico de depresión mayor, realizándose en este caso ambos diagnósticos (depresión doble).

- Criterio E. Nunca ha habido un episodio maníaco, hipomaniaco, o mixto. Tampoco se dan criterios para un trastorno Ciclotímico.
- Criterios F y G. Son criterios de exclusión, al igual que el E. Se descartan la esquizofrenia, trastorno delirante, consumo de sustancias tóxicas, y enfermedades médicas.
- Criterio H. Los síntomas ocasionan un malestar importante, junto a un deterioro social, laboral, o en otras áreas del funcionamiento del paciente. Por último, se especifica si el inicio es temprano (antes de los 21 años de edad), o tardío; y la presencia de síntomas atípicos.

III. Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo) (F43.20 y F43.22)

Depresión reactiva. La aparición de los síntomas ocurre en respuesta a un estresante identificable, y dentro de los tres meses siguientes a su presencia. Se trata de situaciones en las que el sujeto experimenta un malestar mayor del esperable en respuesta al factor estresante, con un deterioro significativo de su actividad interpersonal, social o laboral.

IV. Trastorno depresivo no especificado (F32.9)

Cortejo de síntomas depresivos que no cumplen criterios para los trastornos previos. Algunas de estas condiciones se pueden ver en:

1. Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo)
2. El llamado trastorno disfórico premenstrual.
3. Trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia: por ejemplo, un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual de la esquizofrenia.

V. Reacción de duelo

En el DSM-IV queda contemplada en los problemas adicionales que pueden requerir un tratamiento, si bien no cumple criterios para el diagnóstico de alguna de las condiciones previas. Se trata de la común reacción a la muerte de una persona próxima.

Pueden darse síntomas propios de una depresión mayor, si bien la duración es variable, y generalmente con connotaciones socio-culturales propias de cada sujeto. En cualquier caso, si los síntomas se mantienen más de dos meses tras la pérdida, se puede pasar a diagnosticar como una depresión mayor.

VI. Depresión en el anciano

La depresión en el anciano es uno de los máximos exponentes de la enfermedad psiquiátrica entendida bajo un paradigma teórico bio-psico-social, requiriendo un abordaje terapéutico en los tres ejes de actuación.

En relación con la presentación clínica de la depresión en el anciano, la alteración del estado de

ánimo puede ser poco significativa, y puede presentarse enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, fallos mnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, presencia en primer plano de quejas somáticas, pensamientos hipocondríacos, ansiedad o irritabilidad. Cuando predominan los síntomas de tipo deficitario se habla de pseudodemencia depresiva.

VII. Depresión en la infancia y adolescencia

En este grupo de población también puede resultar difícil el diagnóstico, ya que la queja fundamental en muchas ocasiones no es la tristeza o un estado de ánimo bajo. En la primera infancia pueden aparecer síntomas como quejas somáticas vagas o difusas, problemas con la alimentación, enuresis, etc.

En la adolescencia, la sintomatología puede manifestarse como un comportamiento irritable-desafiante, con diversos trastornos de conducta asociados, entre los que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, conductas parasuicidas, problemas escolares.

Estrategias terapéuticas ante la depresión

El objetivo del tratamiento es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento.

A.- Fármacos antidepresivos

Hay disponibles revisiones sistemáticas de ensayos clínicos randomizados que han encontrado que los fármacos antidepresivos son efectivos en el tratamiento de la depresión en todos sus grados de severidad, en pacientes con y sin enfermedades orgánicas concomitantes.

Sin embargo, no se han encontrado diferencias entre la eficacia de los distintos antidepresivos, que se distinguen más por su perfil de efectos secundarios. En conjunto, los pacientes toleran mejor los ISRS (y los de nuevas generaciones) que los Antidepresivos tricíclicos y heterocíclicos.

La prescripción de antidepresivos es el único tratamiento para el que se ha encontrado una clara evidencia de efectividad en depresiones graves y en depresiones psicóticas (antidepresivos solos o en combinación con psicoterapia). Para depresiones más leves o moderadas son eficaces los antidepresivos, y también lo son algunas estrategias de psicoterapia (solos o en combinación con antidepresivos).

Algunos factores que pueden decidir la elección del antidepresivo son:

- Respuesta terapéutica alcanzada en un episodio previo: sería razonable volver a utilizar el mismo fármaco que ha probado anteriormente su utilidad (o incluso, que haya resultado eficaz en un familiar de primer grado).
- Tolerancia a efectos secundarios. Perfil de toxicidad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se toleran mejor, generalmente; y muchas veces, ya desde el inicio, se puede comenzar con dosis terapéuticas. Si se administran Antidepresivos tricíclicos o IMAO, es recomendable comenzar con dosis más bajas que las terapéuticas, debido a sus efectos secundarios. Los IMAO no se utilizan como primera elección, estando indicados en las llamadas depresiones atípicas, que

responden mal a otros antidepresivos.

- Interacciones previsibles con otros fármacos, o con enfermedades concomitantes.
- Coste económico.
- En cualquier caso, hay que tener presente que el efecto antidepresivo puede tardar en aparecer varios días o varias semanas, hasta llegar progresivamente a un punto óptimo que, cabe esperar, se mantenga. Antes de las 4-6 semanas de administración de un antidepresivo no puede ser desechado por su ineficacia, aunque evidentemente, en la práctica clínica, no siempre puede esperarse tanto tiempo.

Una breve enumeración de los principales antidepresivos disponibles en la actualidad, con dosis orientativas en adultos:

miento necesario para consolidar la respuesta inicial y prevenir la aparición de recaídas.

Tras un primer episodio de depresión mayor, con una recuperación sintomática completa, se recomienda mantener el antidepresivo (es discutible si una dosis íntegra o una dosis más baja de mantenimiento) durante un periodo de 6 a 12 meses.

Posteriormente, la retirada de la medicación debería ser progresiva y gradual.

- En las revisiones de ensayos clínicos randomizados (RCT) hay una evidencia clara de que la continuación del tratamiento durante 4-6 meses tras la recuperación reduce el riesgo de recaídas. Una supresión brusca de un ISRS está asociada a veces a un síndrome de retirada o de discontinuación (rebote serotoninérgico), con síntomas

Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas (Noradrenalina, dopamina, serotonina)

Antidepresivos tricíclicos

- Amitriptilina: 150 mgrs./ día
- Clorimipramina: 150 mgrs./ día
- Imipramina: 150 mgrs./ día
- Nortriptilina: 75-150 mgrs./ día
- Lofepramina: 140-210 mgrs./ día

Otros

- Amoxapina: 300 mgrs./ día
- Maprotilina: 150 mgrs./ día
- Mianserina: 60-90 mgrs./ día
- Nefazodona: 400 mgrs./ día
- Trazodona: 300 mgrs./ día

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

- Venlafaxina: 150 mgrs./ día

Activador noradrenérgico y serotoninérgico específico

- Mirtazapina: 15- 30 mgrs./ día

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

- Citalopram: 20-40 mgrs./ día
- Escitalopram: 10-20 mgrs./ día
- Fluoxetina: 20-40 mgrs./ día [90 mg dosis única semanal]
- Paroxetina: 20-40 mgrs./ día
- Sertralina: 50-150 mgrs./ día
- Fluvoxamina: 100-200 mgrs./ día

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)

- Moclobemida: 300-600 mgrs./ día. Inhibidor selectivo y reversible
- Tranilcipromina: 20 mgrs./ día. Inhibidor no selectivo e irreversible

Inhibidores selectivos de la recaptación de Noradrenalina

- Reboxetina: 4-8 mgrs./ día

Efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos:

	ISRS (%)	Tricíclicos (%)
Sequedad de boca	21	55
Estreñimiento	10	22
Mareos	13	23
Náuseas	22	12
Ansiedad	13	7
Insomnio	12	14
Cefaleas	17	14

Otros efectos secundarios: vértigo, temblor, somnolencia, anorexia, pérdida de peso, excesiva sudoración, vómitos, diarrea y disfunciones sexuales.

¿Cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento antidepresivo?

- Periodo de latencia en la respuesta al antidepresivo: tiempo necesario hasta que comience a manifestarse el efecto terapéutico del antidepresivo (entre 2-6 semanas)
- Respuesta al tratamiento: disminución de al menos a la mitad de la severidad de los síntomas depresivos.
- Remisión: Cuando el paciente recupera su estado previo de normalidad.
- Tratamiento de continuación: Tiempo de trata-

de malestar general, mareos, náuseas, temblores, alteraciones del sueño, parestesias, confusión,... Ceden con la readministración de la medicación original u otra similar, que deberá irse retirando progresivamente.

- Recuperación: Se considera que el paciente se ha recuperado del episodio después de 6-12 meses de tratamiento antidepresivo en los que permanece asintomático.
- Recaída: Reaparición de síntomas del mismo episodio depresivo.

Si se produce una recaída, entramos en el concepto de depresión recurrente. En este caso, si la recurrencia tiene lugar durante el tratamiento de mantenimiento profiláctico, es necesario optimizar las dosis como primera medida. Si la recaída ocurre una vez suprimido el tratamiento antidepresivo, hay que reanudar el mismo tratamiento que ya fue efectivo, y, en esta ocasión, mantenerlo durante 3-5 años una vez libre de síntomas. Una segunda recaída tras la supresión del tratamiento es indicación de tratamiento durante un periodo indefinido de años.

El control insatisfactorio de las recaídas nos lleva al concepto de depresión resistente, que trataremos al final.

Es muy importante tener en cuenta que la primera causa de escasa respuesta terapéutica es la de un inadecuado cumplimiento del tratamiento. Como cifras orientativas, se puede decir que el 25% de los pacientes abandonan el tratamiento antes de un mes, un 44% antes de tres meses, y

un 60% de los pacientes lo hacen antes de los seis meses.

Psicoterapia

1. Información y educación. Hay que informar al paciente y a su familia acerca de la enfermedad. Se trata, por un lado, de establecer una relación fructífera entre el paciente y el profesional, una relación de confianza estable en el tiempo. Y que permita, en segundo lugar, una aproximación conjunta a la comprensión de las vivencias psicológicas que son motivo de sufrimiento. El médico debe acompañar, y reforzar, el yo frágil del paciente, apoyándose en el establecimiento de esa relación de confianza.

Resumen de las recomendaciones sobre la información específica para el paciente y su familia, recogidas en el esquema de la CIE-10 AP:

- La depresión es una enfermedad frecuente, para la que disponemos de un tratamiento. La mayoría de los pacientes se recuperan sin secuelas.
 - La enfermedad no está causada por una dejadez o pereza de orden moral.
 - Conviene preguntar abiertamente sobre el riesgo de suicidio, y los planes al respecto si los hubiera. Las ideas de suicidio surgen como resultado de la propia enfermedad, y no son un síntoma de locura. Puede ser necesario pedir una estrecha vigilancia por parte de familiares o amigos.
 - La ideación pesimista está promovida por el estado depresivo. Evitar tomar decisiones importantes en esas condiciones.
 - No forzar u obligar al paciente a actividades personales, sociales, laborales, para las que no se ve capacitado. Al mejorar en su estado podrá reanudarlas.
 - La depresión también puede conllevar una inapetencia sexual, junto a una vivencia de incapacidad para amar y ser amado.
 - Reforzar las estrategias de afrontamiento del paciente ante hechos de la vida cotidiana. Subrayar los cambios positivos.
2. Psicoterapia de apoyo. Es imprescindible como complemento a los antidepresivos en cualquier estrategia de tratamiento de la depresión. Además de la información y orientación ya mencionadas, se busca el refuerzo de las defensas del aparato psíquico del paciente; favorecer la búsqueda de apoyo emocional en otras personas cercanas; empatía del médico hacia la experiencia subjetiva del paciente.
3. Psicoterapias psicodinámicas breves. (Malan, Sifneos, Davanloo). La psicoterapia psicoanalítica explora la presencia de una vida intrapsíquica, que permanece inconsciente para el paciente, y que está en el origen de sus síntomas. Estos serían el resultado emergente de la confrontación entre las defensas del paciente y sus impulsos. La psicoterapia trata de esclarecer y sacar a la luz de la conciencia esta dinámica intrapsíquica.
4. Psicoterapia interpersonal (Klerman, Weissman). El proceso psicoterapéutico se enfoca al análisis de los síntomas en cuanto surgen en el contexto de los roles o comportamientos que adopta el paciente en sus relaciones interpersonales.
5. Terapia cognitiva (Beck) y cognitivo-conductual. La psicoterapia conductual pretende la modificación de algunas pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, prescindiendo del mundo intrapsíquico. Son varias las técnicas que han surgido de esta orientación te-

rapéutica: relajación, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad, técnicas de exposición a los factores estresante, etc.

La psicoterapia cognitiva resalta la importancia de las cogniciones: pensamientos disfuncionales de culpa, inferioridad, visión negativa de sí mismo y del entorno... Promover un cambio en estas cogniciones es un elemento esencial en el tratamiento de la depresión y en la prevención de futuras recaídas.

Otros tratamientos somáticos

Es frecuente el uso de ansiolíticos e hipnóticos como tratamiento coadyuvante para la ansiedad. Los neurolepticos se utilizan en depresiones con síntomas psicóticos. Los ansiolíticos y los neurolepticos se tratan con mas en detalle en otras guías.

Existen otros tratamientos que pueden ser valorados por el segundo nivel asistencial ante situaciones especiales. La terapia electroconvulsiva (TEC) y la fototerapia pueden tener un espacio terapeutico en caso de:

- Resistencia a otras modalidades de tratamiento.
- Riesgo alto de suicidio, que no permita esperar el tiempo necesario a que el efecto de un antidepresivo o de la psicoterapia se establezca.
- Depresiones con síntomas de agitación psicomotriz difíciles no controlados con otros tratamientos.
- Depresión con síntomas psicóticos.
- Contraindicación u objeciones graves para el uso de antidepresivos (por ejemplo, tres primeros meses de embarazo).

Depresión resistente

Se considera resistente la depresión que no responde a ningún tratamiento correctamente instaurado durante un cierto periodo de tiempo. Hay que tener en cuenta que a veces la depresión evoluciona de una forma cronicada. No obstante, se puede establecer un límite de alrededor de 6 a 8 semanas de tratamiento sin obtener una respuesta satisfactoria para comenzar a hablar de resistencia al tratamiento.

Pautas a seguir:

- En primer lugar hay que revisar el diagnóstico; y evaluar igualmente el tratamiento que se ha seguido: cumplimentación del mismo, posibilidad de optimizar las dosis. Se puede recurrir a la determinación de los niveles plasmáticos del antidepresivo, aunque este dato no es concluyente. Conviene reevaluar la comorbilidad: psíquica, inducida por sustancias, física.
- Si el empleo del primer antidepresivo es correcto, caben dos opciones:
 - Sustituir el antidepresivo por otro de un perfil bioquímico distinto.
 - Añadir al antidepresivo otras sustancias que potencien su efecto.

En primer lugar, el **Litio**. Se recomienda alcanzar unas litemias bajas, entre 0,3 y 0,8 mEq/l. Si en pocos días, hasta 2-4 semanas no se observa un cambio, suspenderlo.

Como alternativa, utilizar hormona tiroidea T3, en medio hospitalario.

Una tercera opción de potenciación es con el metilfenidato, en dosis crecientes hasta un máximo de 30 mgrs./ día, y durante no más de 10 días.

- Otras opciones, tras varios ensayos ineficaces:
 - Considerar la utilización de un IMAO.

- Cambiar a otros antidepresivos (incluyen- do la combinación de dos antidepresivos; o un antidepresivo tricíclico y un IMAO, en este orden temporal y no a la inversa)
- Revisar la modalidad de psicoterapia ele- gida.
- Utilización de TEC de acuerdo con la grave- dad y el riesgo suicida.
- Interconsulta a otro profesional.

Bibliografía

American Psychiatric Association. Criterios diagnósticos (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995

Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JF. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology guidelines. British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2000 Mar;14(1):3-20 Sertralina

Azanz JR. Guía práctica de farmacología del Sistema Nervioso Central. 3ª ed. Madrid: Pfizer; 2000

Geddes JR, Freemantle N, Mason J, Eccles MP, Boynton J Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depression (Cochrane Review).

In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd

Hales RE, Yudofsky SC, Talbot JA. Tratado de Psiquiatría. 2ª ed. Barcelona : Ancora,;1996

Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 237-247

Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindran AV; CANMAT Depression Work Group. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. IV. Medications and other biological treatments. *Can J Psychiatry*. 2001 Jun;46 Suppl 1:38S-58S.

Mackay FJ, Dunn NR, Wilton LV, Pearce GL, Freemantle SN and Mann RD. A Comparison of Fluvoxamine, Fluoxetine, Sertraline and Paroxetine Examined by Observational Cohort Studies. *Pharmacoeconomics and Drug Safety*.1997;6 (4): 235-46.

National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression. [Internet]. London: NICE; diciembre 2004 [acceso 10 de marzo de 2006].

Serrano Santos P, Celdrán Yelo D, García Domínguez JC et al. Depresión Barcelona: semFYC; 2001.

Soler Insa PA, Gascón J, Coord. RTM-II (Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales). 2ª ed. Barcelona: Masson; 999.