

Borrador del trabajo publicado como

Asiel Rodríguez A, Fernández Liria A, González Aguado F. Trastornos depresivos. Medicine , 9ª serie, 2004; 9(23): 1451-1460

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Ángeles Asiel Ridríguez*
Alberto Fernández Liria**
Francisco González Aguado*

(*) Psiquiatra. Servicios de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias

(**)Psiquiatra. Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá

DIRECCIÓN DE CONTACTO:

Alberto Fernández Liria
Fernán González 79, 6ºC
28009 Madrid
afliria@terra.es

CONCEPTO. EPIDEMIOLOGÍA. CLASIFICACIÓN. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS Y DIFERENCIALES

Concepto:

Depresión es cada vez un término más inespecífico que puede referirse desde a un estado de ánimo no patológico, la tristeza, a un síntoma, un síndrome, o una enfermedad.

Este capítulo se refiere un cuadro clínico caracterizado por bajo estado de ánimo, dificultades para disfrutar, pensamientos pesimistas, sensación de falta de energía, con consecuencias sobre el rendimiento habitual del paciente. A lo largo del texto se intentará exponer las características epidemiológicas, clínicas, el modo de diagnosticarlo y de diferenciarlo de otras enfermedades y finalmente las diversas posibilidades terapéuticas

La depresión es causa importante sufrimiento personal con pérdida de calidad de vida física, funcional, social y laboral. En el momento actual es considerada por la OMS la cuarta enfermedad causante de discapacidad en el mundo.

Epidemiología:

La prevalencia de los trastornos depresivos se sitúa entre el 5-10% en población adulta, llegando a un 15 % en personas mayores. La tasa pasa a ser de un 9-20 %, al referirnos a aquellos pacientes con síntomas depresivos pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos (referencia?)

La depresión se ha convertido en uno de los motivos de consulta más frecuente, suponiendo un 25,8% de la visita en atención primaria. A pesar de ser un motivo frecuente de consulta, la depresión sigue siendo infradiagnosticada: se considera que un 30-50% de los cuadros depresivos no son diagnosticados, especialmente si presentan

síntomas somáticos asociados, lo que hace que en muchas ocasiones los pacientes con cuadro depresivo puedan acudir a todo tipo de especialistas, sin recibir la atención adecuada..

Factores de riesgo:

Sexo: existe una tasa mayor de trastorno depresivo en la mujer con una proporción 2:1 tanto en población general como en las poblaciones estudiadas en tratamiento. En cambio la depresión bipolar se iguala para los dos sexos en una proporción 1,2/1

Edad: existe una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años. Según la edad existen diferencias respecto a los síntomas predominantes, por ejemplo en los niños es más frecuente las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social mientras que en el adolescente se asocia a trastornos disociales, trastornos de la conducta alimentaria y abuso de sustancias. En el anciano suelen ser frecuentes las quejas somáticas y síntomas cognoscitivos (sensación de pérdida de memoria, falta de atención).

En la depresión bipolar se ha calculado un promedio de edad de inicio de 21,1 años para las mujeres y 29,1 para los hombres. Se estiman que los episodios recurren con una frecuencia que oscila entre 2,9-9 años, tiempo que se va reduciendo con la edad.

Sociodemográficos: No se ha podido definir un patrón sociodemográfico que caracterice a los trastornos depresivos, tampoco existen diferencias significativas respecto al grupo étnico ni cultural, aunque la cultura puede influenciar la experiencia y la comunicación de los síntomas depresivos. Según las diferencias étnicas la experiencia depresiva puede mostrarse con quejas y síntomas de lo más diverso (por ejemplo en las sociedades mediterráneas y latinas son más frecuentes las quejas de "nervios", o

cefaleas respecto a las sociedades asiática donde son más frecuentes las quejas de cansancio, debilidad o "falta de equilibrio").

Solo la depresión bipolar parece ser más frecuente en niveles sociodemográfico más elevados.

Acontecimientos vitales: Se define un acontecimiento vital, como un fenómeno externo (social, económico, psicológico, o familiar) que produce desadaptación social o malestar psicológico y que requiere un esfuerzo de adaptación mayor al habitual. Los acontecimientos son inesperados, no deseados y cargados de consecuencias negativas.

Diversas investigaciones han encontrado que en pacientes depresivos existen precedentes de acontecimientos vitales en los seis meses previos al inicio de la depresión. Su existencia no es necesaria ni puede ser considerada una causa suficiente para la puesta en marcha del cuadro.

Factores etiológicos:

Biológicos:

Genéticos: Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de sufrir un cuadro depresivo. Este componente genético aumenta de modo importante, hasta 24 veces, en pacientes con trastorno bipolar. Estudios entre gemelos monozigóticos y dizigóticos confirman la existencia de esta concordancia .

Factores neuroquímicos: Los neurotransmisores que más, se han relacionado con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SRT). Se ha comprobado que existe una disminución de niveles del metabolito de la NA, 3 metoxi-4 hidroxifenilglicol en sangre y orina en pacientes depresivos. Además de una disminución de los puntos de recaptación de la serotonina, en las plaquetas de enfermos depresivos. Se ha observado además niveles bajos de los niveles de 5 hidroindolacético

en pacientes que cometieron suicidio. También se ha observado que la deplección de dopamina aumenta el riesgo de depresión.

Factores endocrinos: Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de GH, hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.

Factores fisiológicos: Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.

Factores anatómicos: Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo.

Factores psicológicos: Las teorías psicoanalíticas radican la vulnerabilidad para la depresión en las etapas tempranas de desarrollo que se manifiesta en la dificultad para encarar pérdidas posteriores. Desde el conductismo se ha contemplado la depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable (indefensión aprendida) o a la falta de reforzadores positivos. Desde los años ochenta se han multiplicado los trabajos que desarrollan las tesis cognitivas según las cuales el síndrome depresivo se desarrolla a partir esquemas cognitivos que facilitan la aparición de pensamientos automáticos que producen ideas negativas sobre el mundo, el futuro y uno mismo.

Clasificación de los cuadros depresivos:

Clásicamente, la depresión se había clasificado en función de la etiología (reactiva / endógena o primaria / secundaria), el curso (unipolar / bipolar) o la sintomatología (neurótica/ psicótica), creando gran complejidad, y mucha controversia entre clínicos y científicos. Esto ha hecho que se fueran desarrollando clasificaciones

más descriptivas, que tuvieran más presentes, la sintomatología depresiva y el curso de la enfermedad.

La sintomatología depresiva característica se puede dividir en cuatro aspectos fundamentales: **síntomas emocionales** (afectos y sentimientos, son los más característicos), **cognitivos** (valoración negativa que se hace de si mismo del mundo y del futuro), **volitivos** (deterioro o abandono de las actividades cotidianas) y **somáticos** (alteración de los ritmos biológicos). Ver cuadro 1

Respecto al curso evolutivo de la depresión es importante tener en cuenta una serie de conceptos:

Episodio: situación en el que el paciente cumple criterios para ello y se supone el momento máximo de gravedad.

Remisión completa: el paciente está libre de síntomas.

Remisión parcial: existe mejoría de la sintomatología, aunque persista alguna, ya no se cumplen criterios diagnósticos.

Recuperación: periodo asintomático entre 4-6 meses, tras el que se considera terminado el episodio.

Recaída: reagudización de la sintomatología: durante la remisión y previa a la recuperación, el paciente vuelve a tener criterios diagnósticos.

Recurrencia: nuevo episodio, aparecido tras la recuperación.

En el momento actual, las dos clasificaciones fundamentales para los trastornos mentales son el DSM IV (realizada por la Asociación de Psiquiatría Americana) y la CIE 10 (creada por la OMS como quinto (F) capítulo de la clasificación de enfermedades) donde se combinan las características clínicas, junto al tiempo de evolución y el curso de una manera sistemática, creando una serie de grupos diagnósticos.

En el **DSM IV**, la depresión se incluye en el capítulo sobre los *Trastornos del estado de ánimo*, se distinguen los siguientes grupos básicos:

- Trastorno depresivo (trastorno depresivo mayor; trastorno distímico; trastorno depresivo no especificado)
- Trastorno bipolar (tipo I, II, ciclotímico; bipolar no especificado)
- Trastornos basados en la etiología (secundario a enfermedad médica e inducido por sustancias).

Dentro del DSM IV existe un capítulo aparte que son los Trastornos adaptativos, muy relacionado con los trastornos depresivos y que es importante conocer para poder hacer un adecuado diagnóstico diferencial.

La **CIE-10** de la Organización Mundial de la Salud clasifica los trastornos depresivos dentro del capítulo del trastorno del humor. Esta clasificación incide de una manera significativa en la intensidad del cuadro clínico y en su evolución. Se distingue los siguientes grupos:

- Episodio depresivo (leve, moderado, grave con síntomas psicóticos, sin síntomas psicóticos)
- Trastorno bipolar
- Trastorno de humor persistente (ciclotimia, distimia)
- Trastorno depresivo recurrente (leve, moderado, grave con síntomas psicóticos, sin síntomas psicóticos).

En esta clasificación los episodios secundarios están fuera del capítulo y se incluyen en el capítulo de trastornos mentales orgánicos. Los trastornos adaptativos están clasificados también en un capítulo independiente. (cuadros 2 y 3) (Esto no son los cuadros 2 y 3. No está en ningún sitio)

Cuadros clínicos principales:

A continuación realizaremos una revisión de las características clínicas principales de los trastornos depresivos más frecuentes y que más nos van a ayudar a tener unos puntos de referencia para poder realizar un diagnóstico diferencial: episodio depresivo mayor, la distimia, cuadro adaptativo con síntomas depresivos.

Episodio depresivo mayor: utilizaremos los criterios diagnósticos del DSMIV. (cuadro 4) (aparece, pero como cuadro 2)

Es muy importante tener en cuenta el factor tiempo, porque deben existir los síntomas al menos dos semanas y mantenerse al menos dos meses.

Conocer las características del episodio depresivo es básico: a partir de este diagnóstico y de cómo este vaya evolucionando o combinándose con otros episodios se irán creando los diferentes grupos diagnósticos de las clasificaciones.

Por ejemplo, en el DSM IV, las características del trastorno depresivo mayor, se definen por un curso clínico de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos y descartando la superposición a otros trastornos psiquiátricos. En cambio el trastorno bipolar, consistirá en la alternancia de episodios maníacos con episodios depresivos. (si utilizáramos la clasificación del CIE 10, obtendríamos grupos similares, con algunas diferencias poco significativas para lo que se quiere explicar en este capítulo).

Trastorno distímico: Criterios DSM IV (cuadro 5)

El criterio básico de diagnóstico del trastorno distímico es la temporalidad: debe existir un ánimo deprimido durante al menos 2 años, y no haber estado sin síntomas durante más de dos meses seguidos durante los dos años.

Trastorno adaptativo con síntomas depresivos: Criterios DSM IV

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante (en este los síntomas emocionales fundamentales serán ánimo bajo, desesperanza, llanto).

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:

1.- malestar mayor de lo esperado en respuesta al estresante.

2.- deterioro significativo de la actividad social y laboral

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple criterios para otro trastorno.

D. Los síntomas no responden a una situación de duelo

E.- Una vez que ha cesado el estresante los síntomas no persisten más de 6 meses.

En este tipo de cuadro es importante, además del tiempo, la presencia de un desencadenante y que este ocasiona un malestar mayor del esperado, lo que nos permite diferenciarlo de la tristeza, emoción habitual y sana ante ciertos acontecimientos.

Diagnostico:

Historia clínica

Ante la aparición de sintomatología depresiva, es fundamental realizar una buena historia clínica. Existen algunos aspectos claves que pueden ayudar a realizarla:

- ✓ Investigar si existe algún acontecimiento estresante.
- ✓ El tiempo de duración de la clínica
- ✓ Descartar la existencia de episodios de euforia o hiperactividad en otros momentos de la vida del paciente.
- ✓ Conocer la situación física del paciente, enfermedades previas, tratamientos, consumo de tóxicos. Se recomienda sobre todo en pacientes donde predomina la

sintomatología somática, un estudio orgánico completo con exploración y pruebas complementarias. (Cuadro 4 y 5).

Exploración psicopatológica

Una exploración psicopatológica adecuada permite valorar el tipo de cuadro depresivo, su gravedad y ayuda a realizar el plan terapéutico más adecuado. Hay que realizarla de un modo activo pero empático, ya que el paciente suele evitar hablar de todo lo que le ocurre, siendo frecuente los sentimientos de vergüenza y culpa por la situación en que se encuentra. Los aspectos más relevantes son:

- ✓ La afectación somática, centrándonos en la afectación del sueño y apetito, y observando el grado de inhibición psicomotriz, capacidad de concentración y atención.
- ✓ Aspectos emocionales, grado de tristeza y capacidad para expresarla, presencia o ausencia de llanto. El llanto que consuela es señal de menos gravedad.
- ✓ Valorar la presencia de ideación autolítica. Es frecuente que los médicos temas preguntar por este extremo. Sin embargo, es fundamental hacerlo. A nadie a quien no se le había ocurrido pensar en el suicidio se le ha ocurrido hacerlo porque su médico le haya preguntado por ello. Y sin embargo, muchos suicidios podrían haberse evitado si alguien hubiera preguntado por la intención de llevarlos a cabo (dando a quien la tiene, entre otras cosas, ocasión de hablar de ello). Las ideas de suicidio pueden explorarse de un modo gradual: ¿El paciente ha tenido en ocasiones la impresión de que en estas circunstancias no vale la pena seguir viviendo? Si la ha tenido ¿Ha pensado que sería mejor estar muerto? Si es así ¿Ha pensado en la

posibilidad de quitarse la vida él mismo? Si lo ha hecho ¿Ha pensado cómo lo haría? Si es así ¿Ha llegado a pensar cómo lo haría? En caso afirmativo ¿Ha dado algún paso en ese sentido (comprar pastillas o matarratas, escribir una nota...)? ¿Lo ha llegado a intentar? En cualquier caso ¿Qué le ha impedido hacerlo (su miedo, su fe, el pensar en cómo afectaría a otros, el no haber encontrado la ocasión, la esperanza de algo...)?

- ✓ Descartar la presencia de sintomatología psicótica, que en los pacientes depresivos suele manifestarse en forma de ideas de ruina o culpa.

Existen muchos cuestionarios que pueden ayudar a la hora de realizar una valoración de un cuadro depresivo (Entre los más utilizados tenemos el test de Hamilton y el de Beck) pero que nunca podrán suplir la historia clínica y la exploración psicopatológica..

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

El trastorno depresivo, como ya hemos visto a lo largo de este capítulo, forma un sistema complejo, con múltiples factores de riesgo, teorías y variantes etiopatogénicas, la mayor parte de ellas complementarias, diferentes formas clínicas, curso del trastorno y pronóstico. La estrategia, por tanto, de intervenir terapéuticamente en la depresión necesariamente debe ser compleja, adaptándose al sujeto, sus síntomas, y su subjetividad. En definitiva, tratar un cuadro depresivo tiene necesariamente que abarcar múltiples dimensiones del individuo, en muchos casos debe ser multidisciplinar e intervenir con diferentes propuestas terapéuticas sinérgicas entre sí y no excluyentes.

1. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

- a. **FARMACOTERAPIA:** Antidepresivos (ATD).

i. ATD: Generalidades. Tipos. Indicaciones

El tratamiento de las depresiones ha experimentado en los últimos años un extraordinario avance gracias a la introducción de nuevos antidepresivos con una mayor tolerabilidad que los clásicos antidepresivos tricíclicos e IMAOs. No obstante, la revolución no parece haber sido tal, más bien podríamos hablar de una evolución, ya que la eficacia y rapidez de acción de los ATD se ha mantenido, a pesar del número de ellos que han aparecido. Lo que sí ha supuesto una mejora es que los nuevos antidepresivos son fármacos mejor tolerados, más específicos, con mejor cumplimiento, y más seguros (sobre todo en sobredosis), lo que ha generado, aunque más caros, una utilización masiva, que se ha extendido a múltiples patologías y situaciones clínicas.

Los tipos de ATD, la dosis recomendadas para Atención Primaria, efectos secundarios, y observaciones individuales adelantando el perfil clínico se pueden ver en las tablas correspondientes. (Cuadros 6 y 7)

La tasa de respuesta (disminución significativa de la gravedad del humor) a los ATD es se sitúa entre el 60-75%, aunque la tasa de remisión (desaparición de la sintomatología que permite el diagnóstico) es menor, probablemente en torno al 25%. Son fármacos que tardan tiempo en hacer efecto. Obviamente los fármacos no abordan aspectos importantes en la génesis y mantenimiento de estos cuadros como son las características de personalidad, los sucesos vitales.

ii. ATD: Indicaciones. Perfil clínico

El cuadro 6 resume las indicaciones de los fármacos antidepresivos en diferentes situaciones.

b. **TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (TEC):**

- i. Generalidades. Estrategia muy utilizada en los años 50 y 60, fue muy atacada desde los 70 por encontrarla agresiva, éticamente reprobable. En la actualidad vuelve a utilizarse, después de haberse refinado las indicaciones y mejorado las técnicas de administración haciéndolo menos traumático para el paciente. Su eficacia es alta, mayor que la de los ATD para la depresión mayor (hasta un 85-90% de respuesta), es una técnica más rápida, y aunque tiene efectos secundarios, en líneas generales menos graves que con la mayor parte de la farmacoterapia.
- ii. Indicaciones. Fundamentalmente: Depresión mayor refractaria a fármacos; Depresión mayor en la que no se pueden emplear fármacos; Depresión mayor muy grave con frecuentes intentos de suicidio, desnutrición, etc; Depresión mayor que ya respondió favorablemente a TEC; Cuadros psicóticos refractarios, más los esquizoafectivos; Psicosis en los que no se pueden emplear fármacos.

c. **OTROS:**

Se han publicado estudios que sostienen la eficacia de otras muchas intervenciones, que se utilizan a nivel especializado, como la fotoestimulación, estimulación magnética transcraneal, estimulación del nervio vago...(pendiente de más precisas investigaciones)

2. PSICOTERAPIAS

En los últimos años ha habido un repunte de estos tipos de estrategias para el tratamiento de la depresión. La mayor parte de ellas han demostrado su eficacia para la mayor parte de trastornos depresivos, en algún caso incluso más eficaz que el ATD. La mayoría de los estudios apuntan a una mayor eficacia de la combinación de ambas modalidades de tratamiento sobre cualquiera de las dos aisladas. Por todo ello, hoy en

día, no parece razonable ni ético para un paciente depresivo ofertarle un tratamiento solo con fármacos o solo con psicoterapia, si no más bien el paciente debería disponer y ser informado del arsenal del que se dispone hoy para el tratamiento de este cuadro.

Las indicaciones es un tema que se está debatiendo hoy en día entre los diferentes modelos psicoterapéuticos. En general, son eficaces en la mayor parte de cuadros depresivos, incluida la depresión mayor, suelen ser más lentas que el fármaco, y se deben emplear si:

- Existen profesionales capacitados para este fin.
- Si el paciente así lo desea, y después de informarle riesgos/beneficios y si está en condiciones de decidir (las mayor parte de las veces), no quiere tratamiento farmacológico.
- En general, pacientes con alto grado de abstracción intelectual, con visión de conflicto en ellos, con atribuciones de sus problemas más estructurales, se puede emplear una estrategia dinámica. En pacientes con atribuciones más externas, más centrados en el mundo o en el síntoma, puede ser más útil un abordaje cognitivo, o conductual. En pacientes con un estresor definido y relacionado con el cuadro puede ser muy útil la Terapia Interpersonal de la Depresión.

Los problemas frecuentes que nos podemos encontrar son: a) que no haya profesionales de determinadas orientaciones, b) la dependencia o enganche al tratamiento del paciente depresivo (no es raro que alguien se enganche a tener una persona que le escucha, entiende, y aunque le dice y habla de cosas dolorosas, le resulta útil, cada 15-20 días, durante un año), el peligro, por tanto es la terapia sin fin. También en este caso, igual que con los

fármacos el psicoterapeuta debe trabajar estos aspectos específicamente (mediante un claro y cerrado contrato, trabajar la dependencia, etc..).

Suelen aplicarse formatos breves (de 16-20 sesiones), lo que equivale más o menos a un año de tratamiento, suelen centrarse en un foco (que varía según la escuela psicoterapéutica), Es útil distinguir en el proceso psicoterapéutico una fase inicial, una intermedia y una de terminación, cada una con objetivos, tareas, estrategias, técnicas y problemas específicos. En ocasiones se realizan sesiones de mantenimiento, y habitualmente pueden combinarse con tratamiento farmacológico.

3. ESTRATEGIAS

a. EVALUACIÓN

La evaluación en realidad es una fase ya de intervención. Las tareas que debemos tener en una evaluación son:

- Trabajo sobre la *alianza terapéutica*. Hay que realizarlo desde el mismo comienzo. Se trata de construir con el paciente un espacio de confianza y seguridad para poder hablar de cosas que le incomodan o no sabe y poder escuchar cosas que también le incomodan o le van a hacer pensar. Se hace mediante técnicas básicas de habilidades de entrevista, bien utilizadas. Solo desde la alianza el paciente va a poder cambiar, o va a tomarse el tratamiento.
- Recoger *información* sobre anamnesis, biografía, antecedentes, episodios previos.
- *Exploración clínica*. Se realiza desde el principio, y parte de la observación y atención del terapeuta, así como de los conocimientos del mismo.
- Con todos estos datos se realiza un *diagnóstico clínico* del paciente (importante para pensar una intervención, un tratamiento, prever un

pronóstico). Pensar alternativas (diagnóstico diferencial). Lo primero que debe hacer todo médico que piensa en un cuadro depresivo es hacer un estudio de posible enfermedad médica de base (ver etiología), ya que son numerosos los cuadros clínicos médicos que pueden debutar o aparecer como un cuadro depresivo.

- ***Elaboración de una hipótesis*** (que incluye el diagnóstico, pero supera a este, añadiendo factores etiogénicos más amplios, como factores estresantes vitales, pérdidas, características de personalidad, genéticos, etc) de lo que le sucede al paciente.
- ***Devolución*** de dicha hipótesis al paciente y/o familiares para iniciar la intervención propiamente dicha.
- Devolución de un ***contrato de trabajo***. Incluye la hipótesis, el diagnóstico, qué se va a hacer, cómo se va a afrontar el tratamiento, nº de visitas, qué pasa con las urgencias, tiempo de intervención según sesiones y finalización del tratamiento...

b. INTERVENCIÓN

- En caso de **cuadros médicos** que aparecen como un cuadro depresivo, lo primero es tratar la enfermedad de base (anemia, hiper o hipotiroidismo, tumor, etc), intentar cambiar el tratamiento, fármaco o droga que pueda estar causando el cuadro, si esto es imposible, se pueden usar ATD para manejar sintomáticamente el cuadro. Hay que hacer diagnóstico diferencial con cuadros reactivos-adaptativos en relación con el padecimiento de una enfermedad grave, que no responden bien a los ATD, y que el apoyo fundamental viene de su propio especialista (que muchas veces niega o evita

entender o dar ese apoyo, pensando, de forma equivocada, que no corresponde a su ejercicio profesional el darlo); habría que evitar psiquiatrizar la vida. Para usar un ATD en el caso de enfermedad médica de base como factor etiológico o concomitante del cuadro ver la cuadro 9.

- **Ep. Depresivos leves, reactivos.** Constituye una población muy heterogénea y muy frecuente. La sintomatología predominante es la tristeza y la ansiedad. Faltan muchos síntomas de depresión mayor. Se suelen detectar acontecimientos vitales estresantes que inician el cuadro. No hay estudios de eficacia de los ATD en estos casos. A veces, los ATD son útiles a corto plazo, como tratamiento sintomático, y muchas veces porque tranquiliza al paciente. La aparición, evolución y mantenimiento, así como la resolución del cuadro vienen marcados por factores de personalidad y a factores de modificación del medio estresor. La psicoterapia es al menos tan eficaz, y en estos casos sería de elección (probablemente en formatos más breves que en depresiones más graves, tipo psicoterapias de esclarecimiento, donde se intenta que el paciente entienda y se haga cargo de lo que le pasa, con qué tienen que ver sus síntomas, para que se centre en tratar de resolver esas dificultades concretas).

- **Ep. Depresivo moderado-grave sin síntomas psicóticos. Depresión mayor con/sin melancolía :** ATD. Si existe buena respuesta previa a un ATD elegir el mismo. Iniciar la administración a dosis progresivas (en 10 días debe tomar dosis terapéuticas). Si al mes no hay mejoría, aumentar hasta dosis máximas. Si en 2 meses no hay respuesta pensar en resistencia. La psicoterapia es eficaz, alguna de ellas tanto como los fármacos (aunque no tan rápida), y lo más eficaz es la combinación de ambas estrategias.

- **Ep. Depresivo con síntomas psicóticos. Depresión psicótica:** ATD + ANTIPSICOTICOS. En caso de resistencia o riesgo severo de suicidio, agitación resistente pensar la TEC. El mantenimiento se hace con ATD como si de una depresión grave se tratara. Es recomendable y más eficaz comenzar con fármacos y esperar para iniciar un abordaje psicoterapéutico. No obstante siempre recomendamos utilizar los fármacos desde una actitud psicoterapéutica aunque no se esté haciendo una psicoterapia propiamente dicha.
- **Depresión resistente.** fracaso tras seis semanas de tratamiento con las dosis habituales. Opciones:

 1. INCREMENTAR AL MÁXIMO LA DOSIS DEL AD (las dosis de los cuadros son las recomendadas para AP, en tratamiento especializado y hospitalario, las dosis pueden ser mayores).
 2. CAMBIO DE ANTIDEPRESIVO: según criterios de “elección fármaco” (más abajo), según propiedades farmacodinámicas (noradrenérgico, serotoninérgico, mixto, IMAO).
 3. COMBINACIÓN DE AD: serotoninérgico junto con noradrenérgico.
 4. POTENCIACIÓN DEL EFECTO AD: Litio, Lamotrigina, hormonas tiroideas, metilfenidato, triptófano, estrógenos.
 5. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA
- **Depresión atípica** (rasgos obsesivos, fóbicos, disforia histeriodes...): IMAOS generalmente + BZD. Si no hay respuesta, ATDT, ISRS, generalmente existen importantes rasgos o incluso trastornos de personalidad de base que dificultan la mejoría o favorecen la cronicidad del cuadro. De clara indicación el tratamiento combinado con psicoterapia.

- **Trastorno depresivo recurrente:** Los ATD previenen las recaídas con eficacia, aún así 15-20% de los pacientes recaen en 3a.. Si el tratamiento del primer episodio fue correcto y eficaz, y se presenta una recaída, se repetirá el mismo tratamiento, y se prolongará posteriormente de 3-5a. Si aparecen síntomas depresivos, habrá que optimizar la dosis o pasar a opciones de resistencia. Una tercera recurrencia tras los tres años del segundo episodio, sobre todo si tiene antecedentes familiares o personales, es mujer, o tiene más de 50 años indicarían un tratamiento indefinido. Se debe prescribir una dosis de mantenimiento igual que la que fue eficaz para la mejoría del episodio. Existen abordajes psicoterapéuticos manualizados para terapias de mantenimiento y prevención de recurrencias, que han demostrado también eficacia en la prevención de nuevos cuadros.
- **Depresión bipolar.** Poner ATD ya utilizados. Parece que los ISRS inducen menos cuadros de hipomanía-manía. El Litio y la Lamotrigina se han mostrado eficaces en el tratamiento de estas fases depresivas junto a ATD así como en la prevención de recurrencias.
- **Distimia. Neurosis depresiva:** Dada la clínica, el tiempo para el diagnóstico (más de 2a), la comorbilidad con otros diagnóstico (trastornos de personalidad, rasgos de personalidad, abuso de alcohol o tranquilizantes, trastornos de la alimentación, somatización, ...), se recomienda la psicoterapia y ATD. Los ATD se pautarán como en el caso de los episodios depresivos leves. La psicoterapia en estos cuadros sería de elección.

c. DERIVACIÓN A ESPECIALISTA

Se deben derivar al especialista los siguientes cuadros clínicos:

- Depresión grave con ideas o intentos de suicidio.
- Depresión con síntomas psicóticos.
- Depresión que no responde a un primer tratamiento de los ya comentados.
- Depresión en el contexto de un Trastorno Bipolar.
- Depresión como comorbilidad de un Trastorno de Personalidad o un cuadro psicótico.
- Depresión recurrente.
- Dudas diagnósticas. Como consulta terapéutica

d. URGENCIAS

La urgencia fundamental en el caso de pacientes depresivos es el intento de suicidio o las ideas suicidas.

El intento frustrado debe ser atendido en la urgencia de un hospital por los especialistas correspondientes al método utilizado (Médicos internistas para intoxicaciones leves-moderadas; cirujanos; UCI en intoxicaciones graves...). Una vez tratada la consecuencia médica del intento un psiquiatra deberá valorar el manejo de el paciente con un intento de suicidio.

Es más frecuente que el médico deba manejar durante la entrevista las ideas de suicidio. Para ello es conveniente que pueda tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Se debe preguntar por su existencia en toda entrevista de un paciente deprimido y no evitarlas por la angustia que puedan producir al médico. El poder hablarlas con un profesional ya en sí es el primer paso terapéutico. Para ello es más fácil referirse a estas ideas tras la exposición del paciente de su tristeza o de su sufrimiento con preguntas tipo: ¿y qué ha pensado hacer con todo este

sufrimiento?, o “debe ser duro por lo que está pasando, ¿ha pensado en hacer algo para disminuir o aliviar este sufrimiento?”. Si contesta a través de evasivas, preguntar directamente.

2. Si refiere pensar en matarse, explorarlo. Hay que explorar el grado de planificación, letalidad del intento, preparación, intentos previos, red de apoyos, que pensamientos o personas le ayudan a detener su ideación o controlarla. Normalmente derivar después de explorarlo a la urgencia del hospital o a su psiquiatra. Distinguir estas ideas de suicidio de las ideas de muerte, muy frecuentes en pacientes depresivos, que expresan su deseo de descansar o dejar de sufrir, pero sin planificación alguna. Suicidarse para un depresivo es un acto de cierta violencia y habitualmente debe haber rabia además de tristeza en el paciente para que aparezca.
3. Si cuesta derivarle, intentar empatizar con el sufrimiento y negociar una demora del gesto suicida para poder tratarle.

Otra urgencia puede relacionarse con síntomas psicóticos. En el caso de estar presentes, conviene explorarlos, y si se confirman, este es motivo de derivación a Atención Especializada. Los síntomas psicóticos que más frecuentemente acompañan a los cuadros depresivos, tienen contenidos de ruina, culpa o nihilismo (como en el caso del delio de Cotard en el que el paciente pretende estar muerto o tener muertos parte de sus órganos).

BIBLIOGRAFÍA

1. Schatzberg AF, Cole JO, DeBattista Ch. Manual of Clinical Psychopharmacology. Fourth Edition. American Psychiatric Publishing. Washinton DC, 2003.
2. Lozano Suárez M, Ramos Brieva JA. Utilización de psicofármacos en psiquiatría de enlace. Masson. Barcelona, 2002.
3. Parés A. Depresión. Cuadernos de evaluación (I y II). Formación continuada. Madrid Médico, 2004.
4. Álvarez E, Gastó C. Sintomatología depresiva en atención primaria. Editorial médica. Barcelona, 2003
5. DSM-IV Atención Primaria. Masson. Barcelona, 1997.
6. American Psychiatric Association . Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos, compendio 2003. Ars medica. Barcelona, 2003.

CUADRO 1: Sintomatología depresiva

Tipo alteración	Síntomas frecuentes
<i>emocionales</i>	Tristeza, pesimismo, falta de ilusión, desesperanza, anhedonia
<i>cognitivo</i>	Ideas de minusvalía Ideas de muerte Ideas autolíticas Disminución de la atención y concentración Bradipsiquia
<i>volitivo</i>	Abulia, apatía Falta de iniciativa Dificultad en la toma de decisiones
<i>somático</i>	Trastornos del sueño: despertar precoz Disminución de apetito Disminución del deseo sexual Tendencia a la somatización

Cuadro 2. Episodio depresivo mayor según DSMIV

- A. Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que presenta un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo deprimido pérdida de interés o la capacidad para el placer.
1. estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi cada día, según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. (en niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
 - 2.-Disminución acusada del interés o de la capacidad de placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - 3.- pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
 - 4.- insomnio o hipersomnia casi cada día.
 - 5.- agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día.
 - 6.- fatiga o pérdida de energía casi cada día.
 - 7.- sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes), casi cada día.
 - 8.- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse , o indecisión.
 - 9.- pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio, o un plan específico para suicidarse.
- B.-Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.-Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social ,laboral o de otras áreas importantes de la afectividad del individuo.
- D.- Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o por una enfermedad médica.
- E.-Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad , ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

Cuadro 3: Trastorno distímico según el DSMIV

A. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años.

B. Presencia, mientras está deprimido de dos (o más) de los siguientes síntomas :

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza.

C. Durante el periodo de dos años (un año en niños o adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B . durante más de dos meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros dos años de la alteración; Por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico, o un trastorno depresivo mayor en revisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o hipomaniaco y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no parece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o un enfermedad médica.

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, o de otras áreas importantes de la afectividad del individuo.

Cuadro 4: Cuadros depresivos secundarios a sustancias.

Cardiovasculares Reserpina Propanolol Alfa-metildopa Clonidina Digital IECA Bloqueantes de las canales del Calcio Hipolipemiantes	Antiinfecciosos Metronidazol Clotrimazol Interferón
Antiinflamatorios no esteroideos/ analgésicos Indometacina Fenilbutazona Morfina	Antiparkinsonianos/antipilépticos L-Dopa Metildopa Carbamacepina
Hormonas Anticonceptivos orales Corticoides Esteroides anabolizantes	Otros fármacos Anticolonérgicos Metaclopramida Anorexígenos
Psicofármacos Neurolépticos Benzodiacepinas	Sustancias de abuso Alcohol Cocaína Opiáceos Anfetaminas
Antineoplásicos	

Cuadro 5: Cuadros depresivos secundarios a enfermedad orgánica.

Tipo de patología	Enfermedad	Diagnóstico diferencial
<i>Afectación del SNC</i>	Enfermedad de Parkinson Esclerosis múltiple Alzheimer estadio inicial Accidente vascular Tumores	Exploración neurológica Anamnesis, Resonancia Magnética Nuclear (RMN) Exploración psicopatológica Exploración neurológica SPECT. Exploración neurológica. TAC cerebral Exploración neurológica. TAC cerebral
<i>Disfunción endocrina</i>	Hipotiroidismo Enfermedad de Addison Enfermedad de Cushing	TSH (tirotropina) basal Cortisol basal. TSD (test de supresión con dexametasona) Cortisol basal. TSD.
<i>Enfermedades del Colágeno</i>	Lupus eritematoso Otras (Stogren, vasculitis, etc)	Pruebas reumatológicas Igual, según patología.
<i>Cardiovasculares</i>	Miocardiopatía	Anamnesis, ECG (electrocardiograma)
<i>Oncológicas</i>	Páncreas Neoplasias cerebrales	ECO y TAC abdominal TAC y RMN cerebral
<i>Infeciosas</i>	Cuadros virales Tuberculosis Brucelosis	Serología, Hemocultivos, Basiloscopia
<i>Otras</i>	Anemia de distinta etiología Síndrome carcinoide	Hemograma, estudio básico de anemia. Anamnesis, exploración física, marcadores tumorales.

CUADRO 6. INDICACIONES DE LOS ANTIDEPRESIVOS

INDICACIONES DE LOS ANTIDEPRESIVOS	
1. DEPRESIÓN MAYOR DEPRESIÓN ANSIOSA	Todos los ATD son eficaces. En algunos artículos indican que para las depresiones graves son más eficaces los Tricíclicos.
2. DEPRESIÓN ATÍPICA (hipersomnia, aumento de peso, hiperfagia)	Parecen más efectivos los IMAO y los ISRS tipo Fluoxetina.
3. DEPRESIÓN DELIRANTE	Cualquier ATD junto con antipsicóticos. En monoterapia solo la Amoxapina
4. DISTIMIA	Todos los ATD, menos eficacia que en depresión mayor. IMAOs parecen los más eficaces.
5. DEPRESIÓN BIPOLAR	Todos los ATD. Parece que los ISRS inducen menos hipomanía-manía.
6. DEPRESIÓN RESISTENTE	Fracaso tras 6 semanas de tratamiento habitual. Menos eficaces aunque siguen siendo de elección.
7. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO	Cloimipramina, ISRS. Habitualmente a dosis altas
8. ENURESIS	Imipramina
9. TRASTORNO DE PANICO	ATDT, ISRS (tipo paroxetina) a bajas-medias dosis
10. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	ISRS, ATDT
11. FOBIA SOCIAL	IMAOs, Moclobemida, ISRS (paroxetina)
12. TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN (BULIMIA, OBESIDAD)	ISRS, a dosis medias-altas. Sobre todo con marcados rasgos obsesivos o impulsivos. Menos demostrado en anorexias restrictivas.
13. OTROS (no aprobados por los ministerios, aunque parecen eficaces por la literatura):	
Trastorno por déficit de atención	ATD adrenérgico, bupropion, si fallan los psicoestimulantes
Narcolepsia	Cloimipramina, imipramina
Migraña	Amitriptilina
Neuralgias crónicas	Amitriptilina, doxepina, nortriptilina, imipramina, ISRS
Urticaria	Doxepina, Nortriptilina
Agitación en demencia	Trazodona, Mirtazapina
Insomnio en el anciano	Trazodona, Mirtazapina
Impulsividad en TT personalidad	ISRS (fluoxetina)
Adicción al tabaco	Bupropion
Trastorno por estrés postraumático	ATDT, ISRS
Espectro obsesivo: Trastorno dismórfico corporal, ludopatía, conductas compulsivas	Cloimipramina, ISRS
Eyacuación precoz	ISRS, venlafaxina

CUADRO 7. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

Mecanismo de acción	Fármaco	Nombre comercial	Selectivo	Dosis (AP)	Observaciones
BLOQUEO DEL SERT Y NAT	Imipramina (ATD T)	Tofranil	NO	75-150	No sedante. Eficaz en depresiones graves.
	Amitriptilina (ATD T)	Triptizol	NO	75-150	Sedante. Peligro en sobredosificación. Empleado en dolor, fibromialgia y migraña
	Clomipramina (ATD T)	Anafranil	NO	75-150	El más serotoninérgico. Eficaz en TOC a altas dosis
	Venlafaxina	Vandral, Dobupal	SI	75-150	3 fármacos en 1: ISRS a bajas dosis + ISRN a dosis medias-altas + Inh DA a dosis altas. Muy útil en casos resistentes y/o graves. Abstinencia si retirada brusca.
BLOQUEO DEL NAT	Nortriptilina	Martimil	NO	30-75	Desinhibidor
	Maprotilina	Ludiomil	NO	50-100	Sedante, aumento de peso, aumento de convulsiones
	Lofepamina	Deftan	NO	70-140	
	Reboxetina (ISRN)	Irenor, Norebox	SI	4-8	Eficaz en depresiones inhibidas, pseudodemencias. Se puede añadir a los ISRS.
BLOQUEO DEL SERT (ISRS)	Fluvoxamina	Dumirox	SI	50-200	El más sedante de los ISRS. Menor incidencia de prob sexuales. Aumenta los niveles de Teofilina.
	Fluoxetina	Prozac, Reneurón, Adofén	SI	20-40	Disminución de peso. Considerar en depresión atípica, TOC, bulimia. Semivida prolongada. Inh citocromo P450 2D6
	Paroxetina	Seroxat, Frosinor, Motiván, Casbol	SI	20-40	Potente inh citocromo P450 2D6. Indicado para depresión, TOC, ansiedad y pánico. Puede aparecer abstinencia.
	Sertralina	Aremis, Besitrán	SI	50-100	Inh débil citocromo. Causa con fre diarrea. Menos selectivo para dopamina. Considerar en Depresión Atípica, y depresión en Parkinson
	Citalopram	Prisdal, Seropram	SI	20-40	Muy selectivo. Inh débil del citocromo. Pocas interacciones. El que menos incidencia de problemas sexuales de los ISRS.

	Escitalopram	Esertia, Cipralex	SI	10-20	Citalopram más concentrado, eliminando formas químicas no eficaces de la fórmula.
BLOQUEO DE LOS RR 5HT2 POSTSINÁPTICOS	Trazodona	Deprax	NO	200-400	Sedante. Bien para el insomnio en el anciano y el insomnio provocado por ATD
	Nefazodona	Dutonín, Menfazona, Ruliván	SI	200-400	Se usan poco en la actualidad por posibilidad de producir daño hepático.
BLOQUEO ADRENORECEPTORES ALFA2	Mianserina	Lantanón	NO	30-90	
	Mirtazapina (NASSA)	Rexer, Vastat	SI	15-45	Acción serotoninérgica y noradrenérgica específica a través del bloqueo alfa2 (NaSSA). También acción antihistamínica H1. Sedante inversamente proporcional a la dosis, aumento de peso. Depresiones agitadas, con ansiedad, insomnio o pánico. Se puede combinar con ISRS o Venlafaxina para mejorar inquietud, insomnio o vómitos. Poca disfunción sexual.
BLOQUEO DE NAT Y DAT	Bupropion		SI		Para depresión retardada, con enlentecimiento o pseudodemencia y refractaria a serotoninérgicos. Poca disfunción sexual. Uso en T déficit de atención. Eficaz en el tabaquismo.
IMAO	Tranilcipromina	Parnate	NO	30-50	Poco usado hoy en día por las interacciones. Eficaz en depresiones neuróticas y/o depresiones atípicas.
INHIBIDOR REVERSIBLE MAO-A	Moclobemida	Manerix	SI	150-300	Usado para la fobia social. Poco utilizado en la actualidad por dudas en EEUU sobre su eficacia.

TABLA 6. FÁRMACOS ANTIDEPRESIVOS

CUADRO 8. EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ATD EN RELACIÓN CON SU ACCIÓN FARMACOLÓGICA

ACCIÓN FARMACOLÓGICA	EFECTOS ADVERSOS	FÁRMACOS
MUSCARÍNICO	Sequedad de boca, estreñimiento, taquicardia sinusal, visión borrosa, retención urinaria, disfunción sexual, afectación cognitiva, disminución del umbral convulsivo, precipitación de glaucoma de ángulo estrecho.	Amitriptilina +++ Imipramina ++ Clomipramina +++ Nortriptilina ++
HISTAMÍNICO	Sedación, ganancia de peso, hipotensión	Amitriptilina +++ Imipramina ++ Clomipramina + Nortriptilina ++ Trazodona + Mianserina +++ Mirtazapina +++
ADRENÉRGICO	Hipotensión ortostática, disfunción sexual, mareos, afectación cognitiva, taquicardia, insuficiencia cardíaca, temblor.	Amitriptilina +++ Imipramina +++ Clomipramina +++ Nortriptilina ++ Trazodona +++ Mianserina +++ Moclobemida ++ Fenelcina +++ Venlafaxina ++ Reboxetina +++ Maprotilina +++ Mirtazapina +++
SEROTONINÉRGICO	Inquietud, agitación, insomnio, náuseas, pérdida de peso, disminución de la libido, disfunción eréctil, diarrea, cefalea.	Amitriptilina + Imipramina ++ Clomipramina +++ Citalopram +++ Fluoxetina +++ Fluvoxamina +++ Sertralina +++ Paroxetina +++ Trazodona ++ Moclobemida ++ Fenelcina ++ Venlafaxina +++

CUADRO 9. MANEJO DE LOS ANTIDEPRESIVOS EN PACIENTES CON OTRAS SITUACIONES MÉDICAS

CARDIOPATÍA	Usar ISRS, trazodona, mianserina, mirtazapina. Evitar ATD Tricíclicos. Hacer control ECG durante el tratamiento.
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	Evitar ATD Tricíclicos sedantes y ansiolíticos. Evitar Fluvoxamina por disminuir el metabolismo de las teofilinas.
EPILEPSIA	Usar trazodona, mianserina, mirtazapina, ISRS o IMAOs (los más seguros). Evitar maprotilina y fluvoxamina. Reajustar dosis de antiepilépticos (aumentan sus concentraciones plasmáticas).
DIABETES	Reajustar dosis de antidiabéticos, los ISRS alteran el control de las glucemias. Evitar Tricíclicos y tetracíclicos pueden producir aumento de peso e hipoglucemia, aunque han demostrado eficacia en el control del dolor de la neuropatía diabética, no así otros ATD. La fluoxetina puede interaccionar con antidiabéticos orales e insulina.
PARKINSONISMO	Usar Amitriptilina, ISRS (más sertralina), nortriptilina, trazodona, mirtazapina, moclobemida.
DEMENCIA	Usar ISRS, trazodona, mirtazapina, reboxetina. Empezar a dosis bajas y subida lenta.
GLAUCOMA	Usar ISRS, trazodona, mirtazapina, reboxetina. Asegurar el tratamiento con mióticos locales.
ULCUS PÉPTICO, COLON IRRITABLE	Mejor amitriptilina
ESTREÑIMIENTO CRÓNICO	Evitar tricíclicos y tetracíclicos
HEPATOPATÍAS	Usar dosis bajas de ATD. Se recomienda evitar la sertralina
INSUFICIENCIA RENAL	ISRS a dosis moderadas o días alternos (sobre todo la fluoxetina)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Considerar interacciones con tricíclicos y tetracíclicos. Precaución con la Venlafaxina.
UROPATÍA OBSTRUCTIVA	Usar ISRS, trazodona, mirtazapina.
ALCOHOLISMO	Mejor ISRS
EMBARAZO	Si el cuadro es leve, moderado o de inicio en el embarazo, intentar tratamiento psicoterapéutico, sobre todo en el primer trimestre. Si el cuadro es grave o ya tiene antecedentes previos, valorar riesgo/beneficio, intentar el ATD que ya el fue útil, mejor si es nuevo Nortriptilina, Imipramina, ISRS (sobre todo los de vida más corta: paroxetina, sertralina), disminuir la dosis días antes del parto para evitar abstinencia en el niño. Si el cuadro es muy grave, valorar TEC