

Sumario:

- * **Introducción.**
- * **Diagnóstico.**
- * **Anamnesis básica del síndrome depresivo.**
- * **Abordaje Terapéutico de la Depresión.**
 1. Tratamiento farmacológico
 - 1.1 Recomendaciones generales
 2. Psicoterapia
 3. Otros tratamientos
- * **Depresión resistente.**

LA DEPRESIÓN, SU MANEJO DESDE UNA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Lloret Callejo, Ángeles. Farmacéutica de AP Albacete

La depresión es el problema psiquiátrico que con mayor frecuencia se atiende en las consultas de Atención Primaria, se estima una prevalencia de un 30%, aunque la detección como casos y su tratamiento son muy inferiores (15%). Su importancia no sólo se debe a su alta frecuencia sino también a la discapacidad que genera¹. 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. En lugar de la tristeza o bajo estado de ánimo², 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, por lo que a menudo hay que plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos, tomando siempre en consideración los datos sobre la historia personal del paciente, los antecedentes afectivos familiares, su situación social y económica.

DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN

En líneas generales, son criterios comunes para las directrices tanto del DSM-IV³ como de la CIE-10⁴. Los síndromes depresivos más frecuentes son la depresión mayor y la distimia².

I. Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante

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, casi todos los días y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales:

1. Estado de ánimo depresivo – triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes)
2. Disminución o pérdida de interés; o de la capacidad para el placer o bienestar en la mayoría de las actividades.

Síntomas somáticos.

3. Disminución o aumento del peso
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Retardación o agitación psicomotriz.
6. Astenia o fatiga.

Síntomas psíquicos.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales.
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio.

II. Trastorno distímico

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, hipomaníaco, 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)

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

Suma 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, 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 amnésicos, 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 pseudo demencia 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.

ANAMNÉSIS BÁSICA DEL SÍNDROME DEPRESIVO ⁵

Antecedentes familiares: Depresiones en familiares de 1^{er} grado; suicidios, drogodependencias; ingresos o tratamientos psiquiátricos.

Antecedentes personales: consumo de fármacos, drogas, alcohol; personalidad de base; otros síntomas o enfermedades relevantes.

Exploración psicopatológica: Síntomas y cronología; síntomas de alerta orgánica (cefalea persistente, temblor en reposo, episodios de visión borrosa, nistagmo, parestia y parestesia, vértigos); periodos de manía-hipomanía; contextualización de problemas en casa y/o en el trabajo.

Exploración física recomendada: exploración física básica y neurológica incluyendo TA, tono, ROT, sensibilidad superficial y profunda, praxia, gnosia, memoria, fondo ojo; analítica general (hemograma, VSG, pruebas hepáticas, función renal, calcio iones, pruebas tiroideas); ECG sobre todo en pacientes mayores de 40 años.

ABORDAJE TERAPÉUTICO

Los objetivos terapéuticos de la depresión incluyen minimizar los síntomas de la enfermedad con la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio-laboral y de la calidad de vida global del paciente. Además, el tratamiento debe reducir el riesgo de recaída precoz, recurrencia y mortalidad. Partiendo de la base que el tratamiento es útil en cualquier forma de depresión⁶, a continuación repasaremos tanto las técnicas no farmacológicas, como los

fármacos disponibles en la actualidad para el tratamiento de la depresión.

1.- TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los mecanismos por los cuales se desencadena la depresión no están claramente definidos, existiendo, varias teorías al respecto, la más implantada es la que relaciona esta situación con una insuficiencia funcional en los sistemas de neurotransmisores cerebrales, principalmente, los mediados por serotonina y noradrenalina⁷. Los fármacos antidepresivos están orientados a corregir el déficit de dichos neurotransmisores en la sinapsis. El interés clínico de la clasificación bioquímica del mecanismo de acción de los antidepresivos es limitado ya que no existe una correlación evidente entre los síntomas clínicos y una anomalía bioquímica en concreto. No se han encontrado diferencias en la eficacia entre los distintos antidepresivos: antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos (ATC); inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS); inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y otros, por lo tanto, la elección del fármaco se asienta sobre otros factores^{9,10}, como son las **características de cada antidepresivo:** espectro de efectos adversos, dosis e interacciones; **los requerimientos individuales de cada paciente:** antecedentes personales o familiares de respuesta a antidepresivos, existencia de otras enfermedades concomitantes o contraindicaciones, cuadro clínico predominante; y **el coste**.

Tolerancia de los Efectos Adversos: (Tablas I y II) Existen diferencias en el perfil de efectos adversos, no obstante, los abandonos del tratamiento debido a los efectos adversos no tienen tanta relevancia clínica¹³, aún siendo más numerosos con los ATC que con los ISRS. Entre los ATC los más sedantes son amitriptilina y doxepina y los que presentan menos efectos anticolinérgicos son la nortriptilina y la lofepamina. La trazodona se ha asociado a cuadros de priapismo graves en algunos pacientes y la mianserina con una mayor frecuencia de aparición de discrasias sanguíneas. Los ISRS presentan un perfil de efectos adversos en general más favorable, los más frecuentes afectan a nivel gastrointestinal, (diarrea más frecuente con sertralina y estreñimiento con paroxetina), a nivel neurológico (inquietud más frecuente con fluoxetina) y alteraciones de la función sexual.

Las crisis hipertensivas son la reacción adversa más graves que pueden producirse con los IMAO¹⁴, la moclobemida presenta un mejor perfil de reacciones adversas.

Dosificación: Con los ATC e IMAOs (excepto la moclobemida) el tratamiento debe iniciarse a dosis bajas, repartidas en varias tomas a lo largo del día, elevando gradualmente la dosis hasta alcanzar la

dosis terapéutica. Con cualquier antidepresivo se produce un periodo de latencia (2-3 semanas), hasta que comienza a mejorar el cuadro depresivo, es necesario continuar el tratamiento durante seis semanas, valorando el aumentar la dosis a las tres semanas sino se observa mejoría, antes de considerar que el fármaco ha fracasado y cambiarlo por otro⁷. La retirada del antidepresivo siempre ha de hacerse de forma gradual, disminuyendo la dosis cada semana, para evitar el síndrome de abstinencia. Es necesario un periodo de lavado cuando cambiamos un antidepresivo por otro:

ATC a IMAO: 2 semanas

Fluoxetina a IMAO: 6-8 semanas

Resto de ISRS a IMAO: 2 semanas

IMAO a otros (excepto trazodona): 2 semanas

La seguridad en situaciones de sobredosificación es mayor con los ISRS que con el resto de antidepresivos.

Interacciones: En general los ISRS presentan un menor potencial de interacciones que los ATC. Entre los ISRS parece que la capacidad de interacción con otros fármacos es mayor para fluvoxamina, fluoxetina o paroxetina que para sertralina o citalopram. Las interacciones más graves de los ISRS son aquéllas que pueden desencadenar un síndrome serotoninérgico cuando se combinan con: IMAO, petidina, sales de litio, triptófano, antidepresivos tricíclicos y derivados anfetamínicos, también con la asociación de hipérico con sertralina o paroxetina.

Respuesta terapéutica alcanzada en un episodio previo: sería razonable volver a utilizar el mismo antidepresivo que ha probado anteriormente su utilidad, o incluso, que haya resultado eficaz en un familiar de primer grado.

Tabla I. Principales efectos adversos de los ATC y ISRS^{7,9,10,11,12}.

Efectos Adversos	Tricíclicos y afines	ISRS
Sequedad de boca	55%	21%
Estreñimiento	22%	10%
Mareos	23%	13%
Náuseas	12%	22%
Ansiedad	7%	13%
Insomnio	14%	12%
Otros	Sedación, toxicidad por sobredosis, hipotensión ortostática, disfunciones sexuales, aumento peso, arritmias, temblor fino	Cefalea, disfunción sexual, temblores, vómitos y diarrea.

Tabla II. Principales efectos adversos de otros antidepresivos^{7,12}.

Principio activo	Efectos anticolinérgicos	Sedación	Hipotensión ortostática	Otros efectos
Nefazodona	+/-	+/-	++	Somnolencia, sequedad boca, náuseas, estreñimiento, alteraciones sexuales
Trazodona	+	+++	++	Arritmias, náuseas, vómitos, ginecomastia, síndrome extrapiramidal, discinesia tardía, priapismo
Oxitriptan				Mareo, somnolencia, cefaleas, náuseas, inhibición sexual, discinesia.
Mirtazapina	+/-	++	+	Aumento apetito y peso, palpitaciones, taquicardia, náuseas, cefaleas, reducción libido, agranulocitosis
Venlafaxina	+	+/-	+/-	Hipertensión arterial, anormalidades ECG, náuseas anorexia, reducción libido, retraso en eyaculación, cefalea, ansiedad
Viloxacina	+	+	++	Taquicardia, arritmias, náuseas, ansiedad, agitación, vértigo.
Reboxetina	++	+/-	+	Estreñimiento, insomnio, parestesia, impotencia, sudoración y disuria.

+++ : frecuente o severo
++ : común o moderado

+ : poco común
+/- : raro o inexistente

Factores clínicos condicionantes: a continuación se describen algunas situaciones clínicas y los antidepresivos más recomendados.

Edad: Los ancianos por su mayor sensibilidad a los efectos tóxicos, en la mayoría de los casos requieren un ajuste de la dosis, preferentemente utilizar los ISRS por ser mejor tolerados y presentar menos interacciones.

Embarazo / lactancia: en el primer trimestre del embarazo evitar su uso, durante la lactancia casi todos están clasificados por la FDA en categoría B excepto la doxepina y con la fluoxetina existen notificaciones de convulsiones en lactantes en madres en tratamiento con este fármaco¹⁵.

Cardiopatía: los más seguros son la mianserina, ISRS y moclobemida.

Hipertensión arterial: evitar beta- bloqueantes por el riesgo de inducir depresión. El tratamiento antihipertensivo concomitante puede elevar la probabilidad de que los ATC, trazodona o IMAO produzcan hipotensión ortostática.

Epilepsia: Evitar maprotilina y clomipramina.

Parkinson: En principio los fármacos más anticolinérgicos ayudarían a mejorar la enfermedad, pero presentan riesgo de empeorar otros problemas asociados con la enfermedad. Evitar la amoxapina.

Características del cuadro depresivo: Aunque no existen criterios fijos a la hora de seleccionar el antidepresivo, según el componente o síntomas predominantes, se puede recomendar el fármaco o clase de antidepresivo más idóneo^{7,16}:

Depresión con ansiedad marcada: amitriptilina, ISRS (no fluoxetina).

Síntomas obsesivo-compulsivos: Clomipramina, ISRS.

Síntomas psicóticos: Amoxapina, ATC+neuroléptico.

Depresión atípica: IMAO

Es frecuente el uso de ansiolíticos e hipnóticos como tratamiento coadyuvante para la ansiedad, el uso breve de benzodiazepinas al inicio del tratamiento junto con los antidepresivos puede ser útil, hasta que empiece a hacer efecto el antidepresivo¹.

Coste del tratamiento: Ver tabla III¹⁷.

Se han utilizado diversos compuestos que contienen *Hypericum perforatum* como tratamiento antidepresivo, encontrándose en un estudio¹⁸, en pacientes con depresión mayor- moderada, eficacia superior a placebo y en general comparable al uso de bajas dosis de antidepresivos tricíclicos. Las dosis utilizadas variaban de 300-1800 mg /día. La seguridad y eficacia de la combinación de estos compuestos con otros antidepresivos no se conoce.

1.1- RECOMENDACIONES GENERALES ANTE LA PRESCRIPCIÓN

Es importante informar al paciente de la necesidad de tratamiento, su utilidad, los efectos adversos esperables y precauciones con otros tratamientos, y muy importante, explicar el tiempo de latencia del efecto. Suele ser oportuno implicar a algún familiar en la supervisión del tratamiento, y si hay riesgo suicida establecer precauciones para evitarlos.

Si no se obtiene respuesta terapéutica se debe comprobar antes de cambiar el fármaco, que la dosis es la adecuada y que el paciente ha cumplido debidamente el tratamiento, ya que la mayor parte de los fracasos terapéuticos¹ se deben a problemas de cumplimentación y utilización de dosis infraterapéuticas.

Tras un primer episodio de depresión mayor, con una recuperación sintomática completa, se recomienda mantener el antidepresivo^{2, 5, 7}, es discutible si una dosis íntegra o una dosis más baja de mantenimiento, durante 4-6 meses con el fin de evitar recaídas. Se considera que el paciente se ha recuperado del episodio después de 6-12 meses de tratamiento antidepresivo en los que permanece asintomático.

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.

2.- PSICOTERAPIA

El tratamiento psicoterapéutico de la depresión, en alguna de sus modalidades, puede ser tan eficaz como el farmacológico, en casos de depresión ligera a moderada¹². En cualquier caso la psicoterapia puede ser un coadyuvante de la terapia farmacológica, encontrándose, en pacientes con severa o depresión mayor recurrente resultados superiores al tratamiento aislado. También algunos estudios sugieren que dicha combinación puede ser efectiva en la prevención de recaídas¹⁹. Existen muchos tipos de terapias de ayuda individuales o grupales, todo depende de la orientación psicológica del terapeuta. A continuación se resumen algunas de las más utilizadas:

Terapia cognitiva: Se basa en el cambio del estilo de interpretación del mundo por parte del paciente afectado de depresión. Este tipo de terapia intenta cambiar las creencias y los pensamientos que llevan a la persona a tener esta enfermedad, fomentando el

pensamiento lógico y racional sobre su situación y sus posibles salidas.

Terapia interpersonal: El objetivo principal es aliviar los síntomas a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el estrés en la familia o el trabajo y mejorando las habilidades de comunicación interpersonal.

Terapia psicodinámica: Esta terapia promueve un cambio de personalidad a través del entendimiento de los conflictos de la infancia no resueltos. Trata de descubrir el origen del conflicto a través de los relatos del paciente e intenta reforzar sus capacidades adaptativas, va más allá de la simple mejoría sintomática. Es un tratamiento de muy larga duración.

3.- OTROS TRATAMIENTOS

Existen otros tratamientos^{2,12} que pueden ser valorados por el segundo nivel asistencial ante situaciones especiales, la Terapia Electroconvulsiva (TEC) y la Fototerapia pueden tener un espacio terapéutico en caso de:

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

Antes de someterse a un tratamiento de TEC, los pacientes han de pasar un examen físico y neurológico previo.

DEPRESIÓN RESISTENTE

Se considera resistente² 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. Si tanto el diagnóstico, como el antidepresivo utilizado es correcto, caben dos opciones o bien sustituir el antidepresivo por otro de un perfil bioquímico distinto, o añadir al antidepresivo otras sustancias que potencien su efecto.

En este segundo caso se puede utilizar el Litio, sin sobrepasar litemias entre 0,3 y 0,8 mEq/l, si en pocos días, hasta 2-4 semanas no se observa un cambio, suspenderlo.

En este caso otras opciones, pueden ser

- Considerar la utilización de un IMAO.
- Cambiar a otros antidepresivos, incluyendo la combinación de dos antidepresivos; o un

antidepresivo tricíclico y un IMAO, en este orden temporal y no a la inversa. En este sentido se ha probado la asociación de fluoxetina más olanzapina con buenos resultados²⁰.

- Revisar la modalidad de psicoterapia elegida.
- Utilización de TEC de acuerdo con la gravedad y el riesgo suicida.
- Derivar a Psiquiatra.

CONCLUSIONES

1. En la depresión el establecer un diagnóstico específico tiene su importancia, desde el punto de vista de la evolución y respuesta al tratamiento.
2. No se han encontrado diferencias entre la eficacia de los distintos antidepresivos.
3. La elección del fármaco se debe realizar en base a características del antidepresivo, requerimientos individuales de los pacientes y coste del fármaco.
4. El éxito del tratamiento farmacológico depende de una buena información al paciente, adecuada dosificación del fármaco, duración del tratamiento y un correcto cumplimiento por parte del paciente.
5. Debería considerarse siempre, algún modelo de Psicoterapia como complemento a los antidepresivos en cualquier estrategia de tratamiento de la depresión.

Tabla III. Coste Tratamiento en Dosis Diaria Definida (DDD) de los Antidepresivos

PRINCIPIO ACTIVO	ESPECIALIDADES COMERCIALIZADAS	DOSIS (mg)		CTD (€)*
		Inicial	Diaria	
N06AA - ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS				
Amitriptilina	TRYPTIZOL (10, 25, 50,75 mg); DEPRELIO	75	150-300	0,11-0,22-0,44
Amoxapina	DEMOLOX (100, 50 mg)	100	300-400	0,25- 0,75-1
Clomipramina	ANAFRANIL (10,25,75 mg)	25	150-300	0,09-0,45-1,08
Dosulepina	PROTHIADEN (75 mg)	75	150-225	0,20-0,40-0,60
Doxepina	SINEQUAN (25 mg)	75	75-300	0,13-0,52
Imipramina	TOFRANIL (10, 25, 50, 75, 150 mg)	75	150-300	0,15-0,30-0,6
Lofepramina	DEFTAN (70 mg)	140	140-210	0,46-0,92
Maprotilina	LUDIOMIL (10, 25, 75 mg)	25-75	150-225	0,10-0,25-0,50-0,75
Nortriptilina	PAXTIBI; NORFENAZIN (25 mg)	25	75-150	0,070-0,21-0,42
Timipramina	SURMONTIL (25, 100 mg)	50	150-300	0,087-0,26-0,52
N06AB - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA (ISRS)				
Citalopram	PRISDAL; SEROPRAM (20 mg)	20	20-60	1,07-3,21
Fluoxetina	FLUOXETINA EFG; ADOFEN; PROZAC; RENEURON; ASTRIN; NODEPE (20 mg); PROZAC SEMANAL (90 mg)	20	20-60 90	0,63-1,90 5,48**
Fluvoxamina	DUMIROX (50, 100 mg)	50	150-300	0,35-1,06-3,17
Paroxetina	CASBOL; FROSINOR; SEROXAT; MOTIVAN (20 mg)	20	20-40	1,24-2,48
Sertralina	AREMIX; BESTIRÁN; SEALDIN (50, 100 mg)	50	50-200	1,31-5,24
N06AF- ANTIDEPRESIVOS: INHIBIDORES NO SELECTIVOS DE LA MAO				
Tranilcipromina	PARNATE (10 mg)	20	30-60	0,15-0,30
N06AG - ANTIDEPRESIVOS: INHIBIDORES DE LA MAO A				
Moclobemida	MANERIX (150, 300 mg)	300	300-600	0,72-1,45
N06AX - OTROS ANTIDEPRESIVOS				
Mianserina	LANTANON (10, 25, 75 mg)	30	90-120	0,25-0,77-1,00
Mirtazapina	REXER (15, 30 mg)	15	30-45	0,81-1,63-2,43
Nefazodona	DUTONIN; MENFAZONA; RULIVAN (50, 100, 200, 300 mg)	200	400	0,53-1,06
Oxitriptan	CINCOFARM; TELESOL (50, 100 mg)	100	300-600	0,74-1,12-2,22
Reboxetina	NOREBOX; IRENOR (4 mg)	4	8	0,65-1,30
Trazodona	DEPRAX (25, 50, 100 mg)	100	400	0,13-0,54
Venlafaxina	DOBUPAL; VANDRAL (37,5, 50, 75, 150 mg)	75	150-375	1,14-2,28-5,7
Viloxazina	VIVARINT (100 mg)	50	100-400	0,075-0,15-0,6
Hiperico***	ARKOCAPSULAS HIPERICO; HIPERICO AQUILEA; HYPERICUM FARMAYA; QUETZAL	185	300	0,20-0,28

* Coste Tratamiento Día (CTD)= Coste correspondiente a dosis habitual inicial y de mantenimiento, se calcula con la presentación que tiene coste menor y mayor tamaño.

** Coste/tratamiento semana (PVP de la presentación). Dosis indicada en la fase de mantenimiento de la depresión para la fluoxetina.

*** Todas las especialidades incluidas son especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP), no financiadas por Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Gándara JJ. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997; 20 (7): 389-94.
2. Alberdi J, Taboada O, Castro C, Vazquez C. Depresión. En: www.fisterra.com/guias2/depresion. 2001.
3. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
4. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades o trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
5. semFYC. Guía de actuación en Atención Primaria. 1ª ed. Barcelona: EDIDE; 1998.
6. 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.
7. Ficha de transparencia. Antidepresivos. Ed. 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo.
8. Gill D, Hatcher S. Antidepressants for depression in medical illness (Cochran Review). In: *The Cochran Library*, 4, 2001.
9. Geddes JR, Freemantle N, Mason J, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depression (Cochrane Review). In: *Cochrane Library*, 4, 2001.
10. Edwards JG and Anderson I. Systematic Review and Guide to selection of selective serotonin reuptake inhibitors. *Drugs* 1999; 57(4): 507-33.
11. Trinidad E, Menon D, Topler LA, Coloma C. Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal* 1998; 159: 1245-52.
12. American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the treatment of patients with major Depression. In: www.psych.org 2000.
13. Mitchel PB. The new antidepressants-are they worth the cost? *Aust Prescriber* 1995; 18(4): 82-4.
14. Gastó Ferrer C. Inhibidores reversibles y no reversibles de la monoaminooxidasa. *Medicine* 1999; 7(11): 5187-8.
15. Medicamentos y Lactancia. *Bol Ter Andal Monogr* 2001
16. Which SSRI? In: www.druginfozone.org.
17. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Base de Datos del Medicamento en: www.cof.es
18. Philipp M, Kohnen R. Hypericum extract versus imipramine or placebo in patients with moderate depression; randomized multicentre study of treatment for eight weeks. Commentary: Has Hypericum found its place in antidepressant treatment? *BMJ* 1999; 319: 1534-9.
19. Declan L, Declan MM. Recent advances: Psychiatry. *BMJ* 2001; 323:1228-31.
20. Shelton RC, Tollefsan GD et al. A novel augmentation strategy for treating resistant major depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (1):131-4.

Comité de Redacción: Arroyo Pineda V, González Gero Mª Y, Heredia Checa C, Lloret Callejo Mª A, Martínez Escudero J A, Montero Fernández Mª J, Morales Garrido S, Muñiz Gavilán A, Núñez Cámara C, Ventura López P.

Colaboración: Comisiones del Uso Racional del Medicamento de Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina y Toledo.

Edita SESCAM: Gerencias de Atención Primaria de: Albacete, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano, Talavera de la Reina y Toledo.

Dirección de Correo: Purificación Ventura López: Avda 1º de Mayo, 32.13500 Puertollano (Ciudad Real). Teléfono: 926-42.74.04, Fax: 926-43.14.08. e-mail: pventura@sescam.org

I.S.S.N.: 1576-2408 - D.L.: GU-141-2000 - NIPO: 352-00-029-6