



Trastornos Depresivos.

Humor o estado de ánimo.

Estado afectivo de duración prolongada y no necesariamente de carácter reactivo, estable y persistente.

La naturaleza, cualidad y dirección del tono afectivo, en cada momento, está directamente influenciado por los diferentes tipos de personalidad y el carácter individual.

Existe amplio margen de variabilidad entre humor normal y patológico, más si se consideran los distintos grupos sociales y culturales.

La principal diferencia entre el humor normal y el patológico viene determinado por el **sufrimiento que genera en el sujeto que lo padece y en quienes le rodean**, lo cual **impide un correcto funcionamiento del individuo dentro de la comunidad**.

Humor maniaco-depresivo.

Humor ansioso.

Distimias.

Indiferencia afectiva.

Neotimias.

Humor irritable.

Alexitimia.

Inadecuación afectiva.

Humor depresivo.

- Empapa todas las esferas del funcionamiento tanto somático como psicológico.
- Síntomas predominantes: tristeza, desesperanza e infelicidad, disminución de la energía vital y desentendimiento del entorno.
- Manifestaciones psicopatológicas más frecuentes.
 - Astenia (fatiga vital). Apatía (desinterés generalizado). Anhedonia (incapacidad para sentir placer).
 - Socialmente se aísla.
 - Tendencia al llanto y reactividad emocional disminuida.
 - Inhibición psicomotriz.
 - Síntomas de ansiedad (somático y alteraciones neurovegetativas).
 - Insomnio de 3º y 4ª fases, con despertar precoz.
 - Disminución de la atención, alteración en memoria de fijación → Dificultad para tomar decisiones.
 - Curso de pensamiento enlentecido, lenguaje parco, monosilábico, empobrecimiento de capacidad de asociación, perseveración de cogniciones negativas.
 - Síntomas psicóticos: ruina, hipocondríacos , paranoides (15%)
 - Falta de autoestima.
 - Ideación o rumiación suicida (2/3 partes de pacientes deprimidos)

Trastornos depresivos.

Hipócrates habla de «tipus melancholicus», donde se encuentra la bilis negra alterada o en exceso.

Aristóteles hace un estudio monográfico sobre la melancolía.

Andrés Piquer (1711-1792) describe la patología maniaco-depresiva.

Kraepeling (1856-1926) diferencia la Psicosis maniaco-depresiva de la Demencia precoz (Esquizofrenia).

Leonhard (1957) diferencia las formas bipolares de las unipolares, en la depresión.

El término depresión se puede emplear en tres sentidos:

Síntoma. Aparece en población sana o acompañando a otro trastorno somático o psiquiátrico.

Síndrome. tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida de impulso vital.

Enfermedad. Con etiología, clínica, curso, pronóstico y tratamiento específicos.

| | Tristeza normal | Tristeza patológica |
|--|----------------------------|---|
| Desencadenante | Identificable | No siempre se identifica |
| Intensidad | Adecuada al desencadenante | Desproporcionada o inexplicable |
| Duración | Adecuada | Excesiva y persistente |
| Proceso psicológico | Aceptación/Adaptación | Desadaptativo |
| Síntomas psicomotores | Pasajeros /Leves | Cuanto más intenso sea el cuadro serán más marcados |
| Síntomas somáticos | Leves | Frecuentes e intensidad variable según el tipo |
| Interferencia con actividades diarias | Mínima | Clínicamente significativa y discapacitante |

Trastornos depresivos.

Clasificación de los Trastornos depresivos. (DSM-V APA, 2013)

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.(296.99)
 Otros trastornos del humor (afectivo) persistente (34.8 CIE-10)
- Trastorno depresivo mayor.
 - Único.(296.2-)
 - Recurrente.(296.3-)
- Trastorno depresivo persistente. (Distimia) (300.4)
- Trastorno disfórico premenstrual (625.4)
 Trastorno depresivo inducido por sustancias/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica. (293.83)
- Otro Trastorno depresivo especificado. (311)
- Otro Trastorno depresivo no especificado.(311)

Trastorno depresivo

○ ***Trastorno Depresivo Mayor o Depresión Unipolar.***

- Es una alteración del estado de ánimo, anormalmente bajo, aunque no siempre sea el síntoma predominante.
- Son una serie de cuadros clínicos con sintomatología muy variada.
- De evolución cíclica, con remisiones espontáneas (No curación), pudiendo aparecer nuevos episodios.
- Clasificados de muy distintas maneras, según: gravedad, clínica, etc.
- Tendente a la cronificación, requiriendo tratamientos prolongados.

La depresión es una enfermedad de sustrato biológico, base genética, que incide sobre un paciente con características, personalidad y circunstancias propias que determinan la patoplastia de la enfermedad.

Depresión Mayor. Epidemiología.

Frecuencia en población general 5%.

Prevalencia en población enferma general 10-20%.

Prevalencia en población psiquiátrica casi 50%.

Prevalencia vida 17%, en Europa 8.8-23%.

Más frecuente en mujeres.

4ª causa de discapacidad → 2ª causa en 2020.

Elevado porcentaje de las depresiones se manifiestan de forma *enmascarada*, apareciendo como enfermedades somáticas, con las que hay que hacer diagnóstico diferencial.

Sólo el 10% llegan a la consulta del psiquiatra, el 90% se trata en Atención Primaria o **NO SE TRATAN**.

Depresión Unipolar. Prevalencia varones 3.2%, mujeres 4.5-9.3%.
Mujer 35-45 años; historia familiar de alcoholismo y/o depresión;
ambiente desfavorable; escasas relación interpersonal; parto en 6 meses previos.

Poblaciones de riesgo de TDM

- Antecedentes personales y familiares de depresión.
- Mujer (35-45 años)
- Sin pareja.
- Pérdida familiar.
- Situación de sobrecarga familiar.
- Situación desfavorable socioeconómica y/o laboral.
- Antecedentes personales psiquiátricos (T. ansiedad, dependencias).
- Enfermedad grave, crónica o discapacitante.
- Paciente con síntomas somáticos inespecíficos o inexplicables.
- Hiperfrecuentadores.

Clínica de la depresión

Eje nuclear de la depresión es **la tristeza vital profunda**, que envuelve al sujeto afectando a todas las áreas de su vida intra- e interpersonal.

El 10% de los casos no se manifiestan con tristeza. *Depresión Enmascarada*

Afectividad. Tristeza. Apatía. Indiferencia. Ansiedad. Irritabilidad. Anhedonia total o parcial. Anestesia afectiva (15%).

Pensamiento-cognición. Enlentecimiento. Monotemático. Negativo. Pérdida de autoestima. Desesperanza. Ideas de suicidio. Ideas (delirantes) culpa, ruina, hipocondríacas. Déficit de concentración-atención.

Conducta. Abandono personal. Hipotonía general. Inhibición/agitación. Aislamiento. Llanto. Intentos de suicidio.

Ritmos biológicos. Empeoramiento en primavera y otoño. Despertar precoz. Mejoría vespertina.

Trastornos somáticos. Anorexia/hiperfagia. Pérdida de peso. Insomnio/hipersomnía. Trastornos digestivos. Estreñimiento. Algias. Astenia. Disfunciones sexuales.

Síntomas de Depresión Mayor.

- Humor depresivo, tristeza anormal, no reactividad a circunstancias externas y persistente.
- Pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas.
- Disminución de vitalidad o aumento de fatiga.

Síntomas accesorios.

- Pérdida de la confianza y estima propias.
- Pensamiento negativista, pesimista
- Sentimientos de autorreproche o de culpa excesivos o inadecuados.
- Ideas recurrentes de muerte o suicidio o conductas suicidas.
- Dificultad para concentrarse, atender o decidir.
- En formas leves no suele haber alteraciones en la psicomotricidad.
- Trastornos del sueño.
- Trastorno del apetito (disminución) y secundariamente de peso.
- Síntomas somáticos diversos.

Poblaciones donde se debe realizar despistaje de Episodio Depresivo.

- Haber sufrido un acontecimiento estresante grave.
- Presentar cambios en intereses habituales.
- Presentar enfermedad crónica.
- Presentar quejas somáticas inconsistentes.
- Sospecha clínica, por sintomatología depresiva.

Otros elementos que se deben evaluar

- Antecedentes personales somáticos.
- Antecedentes personales y familiares psiquiátricos.
- Recoger fármacos y tóxicos que utiliza el paciente.
- Antecedentes personales de episodios maníacos o hipomaníacos.
- Respuestas anteriores a tratamientos antidepresivos y posibles efectos secundarios.
- Calidad de las relaciones interpersonales.
- Condiciones de vida y aislamiento social.

Episodio depresivo Mayor.

Diagnóstico diferencial.

- Tristeza normal.
- T adaptativos.
- Distimia.
- Neurosis (Histórica, Fóbica, Obsesiva, T de Angustia)
- Psicosis exógenas (Delirium)
- Psicosis esquizofrénicas (Esquizofrenia, Estupor catatónico, Depresión postneurolepticos, T. Esquizoafectivo)
- Demencia.
- Depresión secundaria a enfermedad médica.
- Depresión inducida por sustancias.

Diagnóstico diferencial entre angustia y depresión endógena

Angustia

Inicio. Variable

Antes de los 30 años

Clínica. Angustia/ hiperreactividad

Temor – amenaza

Fobias

Crisis de angustia

Inquietud

Despersonalización

Temor a la muerte

Empeoramiento vespertino

Insomnio inicial.

Curso. Continuo

Biología. No anomalías

Depresión endógena

Después de los 30 años

Tristeza- Anhedonia

Pensamientos pesimistas

Rumiaciones

–

Inhibición

–

Deseo de muerte. Culpa.

Mejoría vespertina

Despertar precoz

Episódico

Anomalías marcadores biológicos

Trastorno del estado de ánimo secundario a.....

| | |
|--|---|
| Neurológicas Enfermedad de Alzheimer Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Wilson Enfermedad de Huntington Esclerosis Múltiple ACV Lesiones ocupantes de espacio | Reumatológicas LES Artritis reumatoide Síndrome carcinoide Fibromialgia |
| Endocrinas Hipo e hipertiroidismo Hipo e hiperparatiroidismo Enfermedad de Cushing y Addison Hipogonadismo Hipoglucemia -Diabetes | Infecciones SIDA Encefalitis Tuberculosis Mononucleosis infecciosa Cuadros virales |
| Cardiovasculares Infarto de miocardio Miocardiopatías | Oncológicas Cáncer de páncreas Otros tumores abdominales Neoplasias cerebrales |
| Otras Anemias Déficit vitamínicos (grupo B) | |

Trastorno del estado de ánimo inducido por..

Fármacos cardiológicos

Betanidina
Clonidina
Guanetidina
Hidralacina
Metildopa
Propranolol
Reserpina
Digitálicos
Prazosina
Vatrum
Lidocaina
Oxprenolol
Metoserpina

Antineoplásicos

C-asparaginasa
Mitramicina
Vincristina
6-Azuridina
Bleomicina
Trimetoprima
Zidovudina

Antibióticos y Antimicóticos

Ampicilina
Sulfametoxazol
Clotrimazol
Cicloserina
Dapsona
Etionamida
Tetraciclina
Griseofulvina
Metronidazol
Nitrofurantoina
Ácido nalidixico
Sulfonamidas
Estreptomina
Tioacarbanilida

Sedantes - Hipnóticos

Barbitúricos
Hidrato de cloral
Etanol
Benzodiazepinas
Clometiazol
Clorazepato

Agentes Neurológicos

Amantadina

Bromocriptina

Levodopa

Terabenacina

Baclofeno

Carbamacepina

Metsuximida

Benzadamina

Esteroides y Hormonas

Corticoides

Anticonceptivos orales

Prednisona

Triamcinolona

Noretisterona

Danazol

Estimulantes y Anorexígenos

Anfetamina

Fenfluramina

Dietilpropiona

Fenmetracina

Psicofármacos

Butirofenonas

Fenotiacinas

Analgésicos y Antiinflamatorios

Fenoprofeno

Ibuprofeno

Indometacina

Opiáceos

Fenacetina

Fenilbutazona

Pentazocina

Benzadamina

Anticolinesterasas

Cimetidina

Difenoxalato

Lisergida

Mebeverina

Metoclopramida

Salbutamol

Fármacos varios

Acetazolamida

Colina

Ciproheptadina

Disulfiramo

Metisergida

Meclizina

Pizotifeno

Episodio depresivos. Curso y pronóstico.

DEPRESIÓN ES UNA ENFERMEDAD **CRÓNICA** **RECIDIVANTE** y **DISCAPACITANTE**.

Depresiones Bipolares. Inicio antes de los 30 años. Duración de episodio 4 meses. Intervalo asintomático 2 años.

Depresiones Unipolares. Inicio entre 40-60 años. Duración de episodio 5 meses. Intervalo asintomático >2 años.

Depresiones endógenas mejor pronóstico que neuróticas.

Mejor pronóstico los T. depresivos que los T. de ansiedad.

Factores implicados en la recaída/recurrencia del TDM

- Antecedentes familiares de depresión.
- Sexo femenino.
- Edad inferior a 25 y superior a 35 años.
- Elevado número de episodios depresivos previos.
- Recuperación lenta e incompleta del episodio depresivo.
- Persistencia de síntomas. Cronicidad.
- Patrón estacional.
- Implicación de factores psicosociales.
- Antecedentes de disfuncionalidad. T de personalidad.
- Vulnerabilidad biológica.
- Vulnerabilidad cognitiva.

Tratamiento farmacológico de la depresión

Antes de prescribir un AD hay que evaluar:

- Que el paciente muestre esta preferencia o deseo.
- Existan antecedentes personales de episodios moderados o severos de depresión.
- Existan antecedentes personales de buena respuesta al tratamiento AD.
- Si persisten los síntomas a pesar de haber llevado a cabo otro tipo de intervención.

Antes de prescribir un AD hay que informar al paciente de:

- Periodo de latencia hasta el inicio de la respuesta.
- Posibles efectos indeseables.
- Duración del tratamiento.
- Posibles efectos tras retirada del AD.

Antes de prescribir un AD hay que eliminar concepciones erróneas:

- Los ADs no generan adicción.
- Los ADs no desarrollan tolerancia.
- Los ADs no producen cambios en la personalidad.
- Los ADs no solucionan problemas.

Tratamiento farmacológico de la depresión

1. Los efectos clínicos de los ADs aparecen entre una y cuatro semanas tras haber iniciado el tratamiento, pero los efectos secundarios pueden presentarse de forma inmediata.
2. Los ADs deben prescribirse a las dosis adecuadas, tanto en depresiones leves, moderadas o graves. La intensidad del cuadro depresivo sólo es indicativa de la dosis necesaria, una depresión leve puede necesitar dosis mayores que una grave. La utilización de dosis insuficiente puede dar lugar a la cronificación del cuadro.
3. El tratamiento debe mantenerse, siempre que sea posible, seis meses tras la desaparición completa (remisión) de los síntomas, para evitar recaídas. La dosis deberá ser la misma a la utilizada de forma efectiva en la fase aguda.
4. En algunos casos puede ser necesario asociar otro tipo de fármacos, durante un corto periodo de tiempo, al inicio el tratamiento, como hipnóticos o ansiolíticos, cuando hay alteración a nivel de sueño o ansiedad marcada o para paliar los efectos secundarios de los ADs. En general no está justificado la asociación de dos o más ADs.
5. La supresión de los ADs debe realizarse de forma paulatina, para evitar efectos de discontinuación.

Eficacia de los ADs

El objetivo en el tratamiento de la depresión es la remisión completa y su mantenimiento.

Los ensayos doble ciego no evidencian diferencia de eficacia entre los ADs, pero la clínica indica que no pueden prescribirse indiscriminadamente.

- La eficacia de los ADs es limitada, en el estudio Stard-D sólo 1/3 de los pacientes alcanzó la remisión con un primer antidepresivo.
- Los ADs actúan bastante bien sobre el humor depresivo, ideación suicida y retraso psicomotor.
- Los síntomas que más persisten en la depresión, tras el tratamiento, son: Insomnio, fatiga, quejas múltiples de dolor físico, pérdida de interés y motivación.

Elección de AD en tratamiento de la Depresión

- En general los ADs tienen una eficacia similar, pero:
 - Los pacientes pueden responder de manera preferente a una clase concreta e incluso a un determinado fármaco.
- Factores predictos de respuesta a un fármaco, antecedentes personales y/o familiares de respuesta al fármaco.
 - Síntomas psiquiátricos comórbidos condicionaran elección del fármaco.
 - Enfermedades somáticas concomitantes.
 - Efectos secundarios.
 - Interacciones farmacológicas.
 - Coste económico.
 - Aspectos farmacocinéticos.
 - Sexo. Farmacocinética distinta en mujeres (?)
 - Raza y origen étnico.

Amenaza principal de falta de respuesta es la falta de adherencia

Tratamiento de la depresión con ISRS.

- Introducidos en 1980, son 6 fármacos y todos ellos comparten la inhibición de la recaptación de la serotonina (5-HT) e inhibición del transportador de la serotonina (SERT).
- Pero cada uno tiene unas propiedades farmacológicas únicas debido a sus mecanismos secundarios, menos potentes. De tal forma que se utilizará uno u otro, en función del perfil sintomático y características del paciente.
- Los ISRS se consideran que tienen un perfil adecuado para los pacientes que presentan clínica del llamado Síndrome de deficiencia serotoninérgica en Episodio Depresivo Mayor, asociado al Aumento de Afecto Negativo. Caracterizado por:

Humor depresivo + culpa, disgusto, miedo, ansiedad, hostilidad, irritabilidad, síntomas de soledad.

- Los ISRS fracasan en resolver los síntomas ligados a Disminución del Afecto Positivo (Falta de: interés, placer, felicidad, baja energía, entusiasmo, alerta y autoestima).
- Pueden producir o intensificar este tipo de síntomas, es la denominada Recuperación apática o síndrome de indiferencia emocional.

Peculiaridades y dosificación de los ISRS

○ **Fluoxetina.** (20-80 mg/d)

○ Tiene efecto energizante, antifatiga y aumento de atención.

○ Menos indicado en depresión con ansiedad, agitación o insomnio.

Sertralina. (50-200mg/d)

○ Débil acción sobre la energía, motivación y concentración, con dudosa acción ansiolítica.

Paroxetina. (20-50mg/d)

○ Preferible su utilización en pacientes con ansiedad, acción tranquilizante desde el inicio.

Fluvoxamina. (100-300mg/d)

○ Es uno de los más sedantes.

Citalopram. (20-60 mg/d)

○ Es bien tolerado, sus efectos secundarios son leves y tiene leves propiedades antihistamínicas.

○ Para que el tratamiento sea óptimo requiere dosis elevadas.

Escitalopram. (10-20 mg/d)

○ Requiere dosis menores y no parece tener las propiedades antihistamínicas.

○ Se considera que es el mejor tolerado y el que menos interacciones farmacocinéticas produce.

Interacciones farmacológicas de los ISRS

Las interacciones teóricas no significan necesariamente que tengan repercusión clínica.

Tener en cuenta la interacción con:

- Anticoagulantes.
- Antiarrítmicos.
- Antiepilépticos.
- Betabloqueantes.
- Nuevos antihistamínicos.
- Opiáceos.
- Hipoglucemiantes orales.
- Otros psicofármacos.

Tratamiento farmacológico de la Depresión.

Antidepresivos Tricíclicos (ADTs)

- **Amitriptilina.** Dosis 75-300mg/d. Acción sedante y antiálgica. Proconvulsivante, cardiotoxico, acción anticolinérgica.
- **Imipramina.** Dosis 50-150mg/d. Menos sedante. Indicado en enuresis.
- **Clomipramina.** Dosis 100-250mg/d. Indicado en TOC. Rápido efecto en insomnio y ansiedad.
Depresión grave, fundamentalmente D. melancólica
- **Nortriptilina.** Inicialmente NA. Dosis 10-25 mg/d
- **Maprotilina.** (2ª generación) Inicialmente NA. Dosis 75-150 mg/d. Muy proconvulsivante. Suele asociarse a ISRS.
- **Tianeptina.** Farmacológicamente distinto a los ADT. Modulador glutamatergico, aumenta recaptación de 5-HT. Tres veces al día (ancianos 1c/12 horas). Dosis 25-50 mg/d. Con Tramadol incrementa riesgo de convulsiones.

Tratamiento farmacológico de la Depresión.

○ **Inhibidores de la Monoamino Oxidasa.**

- **IMAO.** Fenelcina. Dosis Indicados en T de ansiedad con síntomas depresivos, TOC, T. de pánico, Depresiones atípicas
- **RIMA** Moclobemida. Dosis 300-450mg/d. Mejora rendimiento cognitivo, antagoniza levemente los efectos del alcohol.

○ **Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina. y Noradrenalina (IRSN).**

- **Venlafaxina.** Acción «flexible», inhibición dosis dependiente. Elevado perfil de eficacia. Dosis 75 - >250 mg/d
(Dosis habitual 150mg/d)
- **Desvenlafaxina.** Dosis 50-100mg/d.
- **Duloxetina.** Dosis 60-120mg/d. Eficaz sobre todos los grupos de síntomas (afectivos, cognitivos y somáticos).
Eficaz en dolor neuropático, fibromialgia, incontinencia funcional urinaria.

Tratamiento farmacológico de la Depresión.

○ **Inhibidores de la recaptación de Noradrenalina (ISRN)**

- **Reboxetina.** Dosis 4-8mg/d. Eficaz en depresión con falta de energía, interés, capacidad de trabajo y conducta social.

○ **Inhibidores de la recaptación de Dopamina y Noradrenalina (IRND).**

- **Bupropion.** Dosis 150-300mg/d. Antidepresivo, aumenta motivación y activación, recuperación anhedonia, aumento de atención, aprendizaje y memoria

○ **Antagonistas α_2 (NAssa).**

- **Mirtazapina.** Dosis 15-30mg/d. Eficaz en depresión y ansiedad. Acción sedante importante.

○ **Bloqueo de receptores 5-HT_{2A} y C e inhibidor de recaptación de 5-HT (SARI)**

- **Trazodona.** Dosis 25-100mg/d. Se utiliza como hipnótico.
- **Nefazodona.** Dosis 300-600mg/d

Nuevos tratamientos farmacológicos de la depresión.

- **Agomelatina.** Agonista melatoninérgico (MT1/MT2) y antagonista serotoninérgico (5HT2C).

Regula la supresión de la liberación de melatonina por la luz. Refuerza neurogenesis y ala factor de crecimiento neuronal (BDNF). Restablece fase vigilia-sueño. Resincroniza ritmos circadianos. Disminuye la liberación de glutamato inducido por estres.

Dosis 25-50mg/d. **Control de función hepática.**

- **Vortioxetina.** Multimodal. Bloquea la recaptación del transportador de serotonina (SERT); actua sobre receptores de proteina G (antagonista parcial 5HT1A, 1B y D; antagonista 5HT7) y canales iónicos (5HT3).

Incrementa serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina e histamina.

Antidepresivo procognitivo (?)

Dosis 10-20 mg/d.

- **Vilazodona.** Multimodal. Agonista parcial serotoninérgico (5HT1A) e inhibidor del transportador de serotonina (SERT)

Recomendaciones terapéuticas según el tipo de depresión.

- **Episodio depresivo leve.**
 - No hay estudios que establezcan eficacia de los fármacos, aunque los ADs pueden ser eficaces. Psicoterapia (?)
- **Episodio depresivo único moderado/grave sin síntomas psicóticos.**
 - Tratamiento de primera elección ADs no IMAOs (excepto D Atípica), salvo que este indicado TEC.
 - Si respuesta es satisfactoria mantener tratamiento 12-24 meses.
 - Si no hay respuesta.
 - Revisar diagnóstico y tratamiento.
 - Revisar cumplimiento.
 - Confirmar dosificación correcta.
 - En caso de **resistencia**:
 - **Optimización.** Elevar dosis hasta al máximo.
 - **Combinación.** Añadir al AD inicial otro de perfil bioquímico o farmacodinámico distinto (ISRS+Bupropión; ISRS+IRSNA; etc)
 - **Adicción.** Añadir al AD otra sustancia no propiamente AD (li, T₃, metilfenidato, antipsicóticos de segunda generación)
 - **Sustitución.** Por otro AD no IMAO de perfil bioquímico distinto.
 - Por un ADT
 - Por un IMAO

Recomendaciones terapéuticas según el tipo de depresión.

- **Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.**
 - Primera elección TEC
 - AD + Antipsicóticos atípicos (quetiapina, aripripazol)
- **Depresiones atípicas.**
 - IMAOs (Fenelzina)
 - ISRS
 - A menudo requiere asociar inicialmente BZD
- **Trastorno depresivo recurrente.**
 - Si aparece recurrencia durante tratamiento profiláctico de 1º episodio, optimizar dosis o pasar al tratamiento del episodio resistente.
 - Si aparece 2º episodio utilizar el tratamiento eficaz en 1º episodio y mantener tratamiento tras remisión 3-5 años, si paciente > 65 años, mantener tratamiento indefinido.
 - 3º episodio depresivo tratamiento de mantenimiento indefinido.

Recomendaciones terapéuticas según el tipo de depresión.

○ **Distimia.**

Dadas las características clínicas, el tiempo de evolución (>2 años), elevada comorbilidad con otros trastornos, es probable que el paciente haya realizado anteriores tratamientos, que debemos tener en cuenta antes de iniciar el tratamiento.

- ADs +Psicoterapia.
- Como el tratamiento del episodio leve o moderado.
- Si presenta «Depresión doble» tratar como las depresiones graves.
- Mantenimiento hacer como en episodio depresivo recurrente.

Elección de ADs en función de los síntomas depresivos.

| Anhedonia. Falta de energía. Poca motivación. Cansancio. | Ansiedad leve/moderada. Insomnio leve/moderado | Ansiedad grave. Insomnio grave. | Síntomas somáticos. | Depresión Melancólica |
|---|---|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Bupropion | Paroxetina. Sertralina. Agomelatina. | Escitalopram Agomelatina. | Venlafaxina. Duloxetina. | Imipramina. Clomipramina. |
| Sertralina. Fluoxetina | | Citalopram Mirtazapina. Trazodona | | |
| Venlafaxina Duloxetina. Agomelatina. | | Paroxetina | | |
| Reboxetina | | | | |

Elección de ADs en función de patología comórbida

| | |
|---|--|
| Constipación Intestinal | Evitar Paroxetina, Reboxetina y ADT |
| Epilepsia | Evitar Bupropion y ADT |
| Disfunción Sexual | Preferibles Bupropion, Reboxetina y Agomelatina |
| HTA | Evitar dosis altas de Venlafaxina |
| Hipotensión | Evitar Reboxetina, Mirtazapina y ADT |
| Hepatopatía con elevación de transaminasas | Evitar Duloxetina y Agomelatina |
| Síndrome Ansioso | Evitar Bupropion y Reboxetina |
| Obesidad | Evitar Mirtazapina |
| Prolactinoma | Evitar ISRS excepto Sertralina |
| Arritmias y cardiopatía isquémica | Preferencia por ISRS excepto Citalopram y Escitalopram |

Factores asociados a la no respuesta o respuesta subóptima en el tratamiento de la Depresión.

- Vulnerabilidad genética.
- Mayor severidad y duración del episodio depresivo.
- Número de episodios previos (a mayor número mayor riesgo)
- Presencia de comorbilidad.
- Retirada temprana del tratamiento.
- Incumplimiento terapéutico.
- Persistencia de síntomas residuales tras la resolución del episodio agudo.