

Guía clínica de la depresión

J.J. Gálvez Galve
Psicólogo

RESUMEN:

La depresión es un desorden mental asociado a pérdida de interés o de placer, sensaciones de culpabilidad o baja autoestima, problemas de sueño o de apetito, baja energía y baja concentración.

Algunas de las razones para usar la medicina complementaria incluye la baja incidencia de efectos adversos, una aproximación holística a los problemas individuales e insatisfacción con la sanidad convencional. Los tratamientos alternativos y complementarios en la depresión con evidencia son: Hipérico, Azafrán, Ejercicio, Acupuntura, Omega-3, Folato y Foterapia.

Palabras clave: DSM-IV, CIE-10, depresión, farmacoterapia, psicoterapia, terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, hierba de San Juan, hipérico, *Crocus Sativus* L., azafrán, acupuntura, omega-3, ejercicio, folato, foterapia.

ABSTRACT:

Depression is a common mental disorder that presents with loss of interest or pleasure, feelings of guilt or low self-worth, disturbed sleep or appetite, low energy, and poor concentration.

Some of the reasons for the use of Complementary and Alternative Medicine include the lower incidence of adverse effects, a holistic approach to the individual's problems and dissatisfaction with conventional healthcare.

The treatments with the evidence of complementary and alternative therapies in depression are St John's Wort, *Crocus Sativus*, Exercise, Acupuncture, Omega-3, Folate and light therapy.

Key Words: DSM-IV, CIE-10, depression, pharmacotherapy, psychotherapy, cognitive behavior therapy, interpersonal therapy, St John's wort, hypericum, *Crocus Sativus* L., saffron, omega-3, acupuncture, exercise, folate, light therapy.

19

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

El trastorno depresivo afecta de modo global a la persona, produciendo cambios que alcanzan a todas las áreas de su comportamiento. Es necesario evaluar y considerar, de cara al diagnóstico y tratamiento, un conjunto amplio de actividades de la persona. La evaluación debe dirigirse hacia los aspectos que hayan originado o mantenido el estado depresivo actual.

La persistencia del problema y la inexistencia de estrategias efectivas para abordarlo pueden llevarlo a una situación de pasividad, de entrega, renuncia, de trastorno depresivo. Estos cambios ponen de manifiesto la concurrencia de alteraciones del comportamiento: por una reducción de la actividad, del nivel general de respuesta, de tipo cognitivo: por la forma de analizar la realidad, la percepción de sí mismo y de su entorno y alteraciones de tipo emocional-fisiológico: desesperanza, miedo ira, sentimiento de inutilidad,

alteraciones del sueño y de la alimentación. Muchos pacientes no reúnen todos los requisitos para ser diagnosticados con un determinado trastorno de ánimo, pero presentan algunas de las quejas más características.

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

Es importante plantearse la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo a partir de datos observacionales poco específicos: deterioro en la apariencia y aspecto personal, lentitud en los movimientos,

marcha cansina, tono de voz bajo, cara triste o poco expresiva, llanto fácil o espontáneo en la consulta, escasa concentración durante la entrevista, verbalización de ideación pesimista, quejas hipocondríacas, alteraciones en el ritmo del sueño, quejas somáticas difusas y difíciles de encuadrar.

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

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

CLASIFICACIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Desde un punto de vista terapéutico, basta con identificar los problemas concretos que presenta el paciente, para evaluarlos y tratarlos, pero es preciso conocer el conjunto de problemas posibles para valorar el papel que alguno de éstos problemas pudiera tener en relación con otros trastornos, utilizando el DSM-IV y el CIE-10 encontramos unos criterios comunes (1):

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

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

Síntomas principales:

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

Síntomas somáticos:

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

Síntomas psíquicos:

7. También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada. (Este síntoma puede adquirir un carácter delirante).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, casi a diario (es constatable una apreciación subjetiva o por parte de personas próximas).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo un temor a morir), o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos, que no siempre manifiesta espontáneamente, sin que el temor del médico a sugerirle ideas de muerte por el hecho de preguntarle sea fundado.

Criterio B. Señala el no-cumplimiento de los criterios para un episodio de trastorno afectivo mixto (síntomas maníacos y depresivos), trastorno esquizoafectivo, o trastorno esquizofrénico.

Criterio C. Los síntomas provocan un malestar significativo; a la vez que un deterioro en la actividad social, laboral, u otras áreas de la vida del paciente.

Criterios D y E. Son criterios de exclusión. La sintomatología no se explica en relación con el consumo de una sustancia, tóxica o un medicamento; ni por una enfermedad orgánica (un ejemplo típico sería el hipotiroidismo). Tampoco es simplemente una reacción de duelo ante la pérdida de una persona significativa (sobre este aspecto insistiremos más adelante).

Criterios o información complementaria. Junto al cumplimiento de los criterios diagnósticos, es conveniente añadir diversas especificaciones, con el objetivo de proporcionar subgrupos diagnósticos más homogéneos, dentro de la relativa inespecificidad de un diagnóstico descriptivo o sindrómico de una depresión.

- Gravedad/ Síntomas psicóticos/ Remisión (parcial o total). En el caso de presencia de síntomas psicóticos, conviene especificar si éstos son o no congruentes con el estado de ánimo.
- Cronicidad.
- Presencia de síntomas catatónicos.
- Melancolía. Criterios para su diagnóstico:
Uno de:

- Pérdida de placer en todas o casi todas las actividades.
- Falta de reactividad a estímulos que habitualmente resultarían placenteros.
Tres o más:
- Cualidad distintiva del estado de ánimo (por ejemplo distinto a la tristeza que puede provocar la muerte de una persona allegada)
- Los síntomas son más intensos por la mañana. Ritmo circadiano.
- Despertar precoz (al menos dos horas antes de la hora habitual).
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz marcados.
- Anorexia o pérdida de peso significativas.
- Culpabilidad excesiva o inapropiada.
- Síntomas atípicos, como puedan ser el aumento de peso, la hipersomnia, el cansancio excesivo, la hipersensibilidad al rechazo. El síndrome constituido por síntomas atípicos se diagnostica como depresión atípica.
- Inicio en el post-parto: depresión puerperal.

II. Trastorno distímico (F34.1)

Criterio A. Estado de ánimo crónicamente depresivo o triste, la mayor parte del día y la mayoría de los días (bien manifestado por el sujeto o descrito por personas cercanas), durante al menos dos años (en niños, el estado de ánimo preponderante puede ser la irritabilidad o el enfado, y se requiere un tiempo mínimo de un año).

Criterio B. Dos o más de los siguientes:

- Disminución o aumento del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Falta de energía vital.
- Baja autoestima.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Sentimientos de desesperanza.

Criterio C. Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los dos primeros años de la enfermedad (un año para niños y adolescentes). De lo contrario, en lugar del trastorno distímico, se pasaría a hablar de un trastorno depresivo mayor crónico, o de un trastorno depresivo mayor en remisión parcial. Antes de la aparición de la distimia pudo darse un episodio depresivo mayor previo, y para tal diagnóstico tuvo que remitir por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha. Tras dos años o más tras la eventual remisión de una distimia, puede darse un nuevo diagnóstico de depresión mayor, realizándose en este caso ambos diagnósticos (depresión doble).

Criterio E. Nunca ha habido un episodio maniaco, hipomaniaco, o mixto. Tampoco se dan criterios para un trastorno Ciclotímico.

Criterios F y G. Son criterios de exclusión, al igual que el E. Se descartan la esquizofrenia, trastorno delirante, consumo de sustancias tóxicas, y enfermedades médicas.

Criterio H. Los síntomas ocasionan un malestar importante, junto a un deterioro social, laboral, o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

Por último, se especifica si el inicio es temprano (antes de los 21 años de edad), o tardío; y la presencia de síntomas atípicos.

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

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

IV. Trastorno depresivo no especificado (F32.9)

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

- Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo)
- El llamado trastorno disfórico premenstrual.
- 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

22

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

En relación con la presentación clínica de la depresión en el anciano, la alteración del estado de ánimo puede ser poco significativa, y puede presentarse enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, fallos 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 pseudodemencia depresiva.

VII. Depresión en la infancia y adolescencia

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

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

ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS ANTE LA DEPRESIÓN

Fármacos antidepressivos (2)

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

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

Algunos factores que pueden decidir la elección del antidepressivo son:

- Respuesta terapéutica alcanzada en un episodio previo: sería razonable volver a utilizar el mismo fármaco que ha probado anteriormente su utilidad (o incluso, que haya resultado eficaz en un familiar de primer grado).
- Tolerancia a efectos secundarios. Perfil de toxicidad. Los ISRS se toleran mejor, generalmente; y muchas veces, ya desde el inicio, se puede comenzar con dosis terapéuticas. Si se administran antidepressivos tricíclicos o Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO), es recomendable comenzar con dosis más bajas que las terapéuticas, debido a sus efectos secundarios. Los IMAO no se utilizan como primera elección, estando indicados en las llamadas depresiones atípicas, que responden mal a otros antidepressivos.
- Interacciones previsible con otros fármacos, o con enfermedades concomitantes.
- Coste económico.
- En cualquier caso, hay que tener presente que el efecto antidepressivo puede tardar en aparecer varios días o varias semanas, hasta llegar

progresivamente a un punto óptimo que, cabe esperar, se mantenga. Antes de las 4-6 semanas de administración de un antidepresivo no

puede ser desechado por su ineficacia, aunque evidentemente, en la práctica clínica, no siempre puede esperarse tanto tiempo.

**Principales antidepresivos disponibles en la actualidad, con dosis orientativas en adultos.
Tomado de Alberdi et al (2):**

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

Antidepresivos tricíclicos

Amitriptilina: 150 mg/día

Clomipramina: 150 mg/día

Imipramina: 150 mg/día

Nortriptilina: 75-150 mg/día

Otros:

Trazodona: 300 mg/día

Maprotilina: 150 mg/día

Mianserina: 60-90 mg/día

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina

Venlafaxina: 150 mg/día

Activador noradrenérgico y serotoninérgico específico

Mirtazapina: 15-30 mg/día

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Citalopram: 20-40 mg/día

Escitalopram: 10-20 mg/día

Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)

Moclobemida: 300-600 mg/día. Inhibidor selectivo y reversible

Tranilcipromina: 20 mg/día. Inhibidor no selectivo e irreversible

Fluoxetina: 20-40 mg/día [90 mg dosis única semanal]

Paroxetina: 20-40 mg/día

Sertralina: 50-150 mg/día

Fluvoxamina: 100-200 mg/día

Inhibidores selectivos de la recaptación de Noradrenalina

Reboxetina: 4-8 mg/día

23

Efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos. Tomado de Alberdi et al (2):

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

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

¿Cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento antidepresivo?

Periodo de latencia en la respuesta al antidepresivo: tiempo necesario hasta que comience a manifestarse el efecto terapéutico del antidepresivo (entre 2-6 semanas).

Respuesta al tratamiento: disminución de al menos a la mitad de la severidad de los síntomas depresivos.

Remisión: Cuando el paciente recupera su estado previo de normalidad.

Tratamiento de continuación: Tiempo de tratamiento necesario para consolidar la respuesta inicial y prevenir la aparición de recaídas.

Tras un primer episodio de depresión mayor, con una recuperación sintomática completa, se recomien-

da mantener el antidepresivo (es discutible si una dosis íntegra o una dosis más baja de mantenimiento) durante un periodo de 6 a 12 meses.

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

En las revisiones de ensayos clínicos randomizados (RCT) hay una evidencia clara de que la continuación del tratamiento durante 4-6 meses tras la recuperación reduce el riesgo de recaídas. Una supresión brusca de un ISRS está asociada a veces a un síndrome de retirada o de discontinuación (rebote serotoninérgico), con síntomas de malestar general, mareos, náuseas, temblores, alteraciones del sueño, parestesias, confusión,... Ceden con la readministración de la medicación original u otra similar, que deberá irse retirando progresivamente.

Recuperación: Se considera que el paciente se ha recuperado del episodio después de 6-12 meses de tratamiento antidepresivo en los que permanece asintomático (3).

Recaída: Reparación de síntomas del mismo episodio depresivo.

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

Tratamiento psicológico

El tratamiento cognitivo conductual es ampliamente aceptado para el tratamiento psicológico de la depresión. La Terapia Cognitiva de la Depresión es un procedimiento altamente estructurado, de 15 a 25 sesiones, incluyendo las de continuación y terminación, siendo 12 las sesiones básicas. La terapia se concibe como un enfoque psicoeducativo, diseñado tanto para modificar cogniciones como conductas, de modo que se denomina también terapia cognitivo-conductual.

Los objetivos terapéuticos generales son recuperar las actividades habituales y resolver los problemas de una forma activa y adaptativa, lo que requiere: aumentar la actividad, mejorar el estado de ánimo, modificar algunos aspectos cognitivos, etc. La terapia cognitiva

de Beck es uno de los tratamientos más utilizados. Su alto grado de estructuración facilita su aplicación. Considera que la depresión es debida a la distorsión que hace el paciente de la realidad (de uno mismo, de los demás y del futuro), debido a la activación de unos esquemas cognitivos que generan esa distorsión.

La terapia cognitiva no sólo utiliza técnicas cognitivas para alcanzar su objetivo (cambio de los esquemas cognitivos), sino que también utiliza procedimientos conductuales, ya que, lo que más fácilmente puede evidenciar al paciente lo inadecuado de sus pensamientos (distorsiones), es el contraste con la realidad (los datos).

La eficacia de la terapia cognitiva ha sido contrastada. En una revisión de estudios sobre la remisión de la depresión mayor donde se comparaba en porcentajes según el tratamiento, medicación, psicoterapia y grupo control, los porcentajes de la remisión para los pacientes asignados aleatoriamente, a la medicación, psicoterapia, y condiciones del control fueron 46.4%, 46.3%, y 24.4%, respectivamente. Además, el porcentaje de recaídas fue menor con la psicoterapia (22.2%), con la medicación (37.1%) y en el grupo placebo un (54.4%)^{iv}. En otra revisión realizada con personas mayores, 70 años de media, tampoco se encontraron diferencias de eficacia entre psicoterapia y medicación (5).

Comparando la terapia cognitivo-conductual con medicación en la depresión severa no se encontraron diferencias de eficacia según un análisis de cuatro estudios comparativos (6).

En niños y adolescentes también se ha comprobado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en la depresión comparándola con placebo (7).

La Psicoterapia Interpersonal también ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la depresión. La Psicoterapia Interpersonal es una terapia estructurada por fases y objetivos, según las áreas señaladas, para ser llevada en 16 sesiones, de 50-60 minutos, programadas semanalmente (por lo común, primero dos a la semana y después una semanal. Su aplicación distingue tres fases, cada una con sus contenidos bien estructurados. Enfatiza la importancia de los factores Interpersonales, tanto familiares como sociales, en la etiología, mantenimiento y tratamiento de la depresión. La depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales de las cuales los individuos solían obtener apoyo social, y que la respuesta de las personas significativas de su entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos. Cuando la

ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven hacia las personas de su entorno en busca de apoyo social, pero las demandas persistentes de apoyo llegan a ser aversivas para los miembros de su entorno social. Círculo vicioso que llega a dejar a la persona deprimida sola y confirmando a sí su visión negativa sobre sí misma.

En una revisión sistemática se concluyó que tenía una eficacia similar a la medicación y que esa eficacia no aumentaba añadiéndole la medicación (8).

Si comparamos los beneficios que aportan los tratamientos un año después de su terminación, la Terapia Cognitivo Conductual tiene un efecto beneficioso que dura más allá del fin del tratamiento en comparación con la medicación (9).

TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS PARA TRATAR LA DEPRESIÓN

Ácidos grasos omega-3

Existen estudios que indican que los ácidos grasos omegas-3 tienen un efecto antidepresivo. En un estudio en el que se comparaba ethyl-EPA contra placebo en el tratamiento de la depresión bipolar se comprobó su eficacia en la reducción de síntomas depresivos tanto en dosis de 1 g/día como en 2g/día (10).

También se comprobó en otro estudio su eficacia sobre la depresión infantil con una combinación de EPA y DHA en proporción 2:1 (11).

En base a los estudios mencionados la dosis terapéutica sería 1 g/día, de 12 a 14 semanas. No se observaron efectos secundarios.

Acupuntura

La Organización Mundial de la Salud publicó en el 2003 una revisión de análisis de ensayos clínicos controlados sobre la acupuntura. En dicha revisión estaba incluido el uso de la acupuntura para tratar la depresión, con resultados iguales o superiores a los fármacos, siendo además un tratamiento seguro, no tóxico y con reacciones adversas mínimas (12).

Ejercicio

En una revisión de ensayos controlados aleatorizados sobre los efectos del ejercicio en el tratamiento

de la depresión se vio que es efectivo en la reducción de los síntomas en depresiones medias y moderadas (13). Dentro de esa revisión en uno de los estudios realizado con personas mayores de 50 años se comparaba el ejercicio, caminar o correr 45 minutos, alcanzando del 70% al 85% del ritmo cardíaco tres días a la semana durante cuatro meses, con el tratamiento con sertralina y con el ejercicio más sertralina; no hubo diferencias significativas entre los tres grupos siendo igual de eficaces en la reducción de los síntomas depresivos (14).

Para que el ejercicio fuera terapéutico la recomendación sería un ejercicio aeróbico de intensidad moderada, con una duración de 45 minutos a 1 hora, tres días a la semana. La duración del tratamiento sería de 16 semanas, siendo recomendable mantenerlo más tiempo para evitar posibles recaídas.

Fitoterapia

• *Crocus sativus* (Azafrán)

Actualmente existen varios ensayos clínicos que demuestran el uso del azafrán como antidepresivo.

En un ensayo clínico piloto randomizado a doble ciego comparando azafrán (estigmas) con imipramina en el tratamiento de la depresión suave a moderada se encontró que el resultado era similar a la imipramina (15).

En otro estudio similar se comparaba el extracto de azafrán (estigmas) con fluoxetina, con iguales resultado en el tratamiento de la depresión (16).

También hay estudios que indican que los pétalos de azafrán son eficaces para el tratamiento de la depresión. En un ensayo a doble ciego randomizado, con grupo de control placebo, se observó la eficacia del azafrán para tratar la depresión media a moderada, no se encontraron diferencias significativas en efectos adversos con el grupo de control que tomó el placebo (17). Otro estudio piloto randomizado a doble ciego con pétalos de azafrán comparaba su eficacia con fluoxetina, para tratar la depresión media a moderada, con una efectividad similar entre ambos (18).

Dosificación: Cápsula de 30 mg de estigma o pétalo de azafrán para adultos, 6 semanas. De los efectos secundarios observados en los estudios anteriores no se podía distinguir si el insomnio, la ansiedad y la disminución de las ganas de comer eran efectos secundarios o síntomas de la depresión.

• *Hipéricum perforatum* L, *Hierba de San Juan*

El hipérico lleva años utilizándose para la depresión, diversos estudios avalan la eficacia del hipérico para tratar la depresión. Comparando el hipérico frente al placebo para tratar la depresión mayor éste ha resultado ser más eficaz (19, 20).

También existen estudios donde se compara la eficacia del hipérico y antidepresivos sintéticos, comparándolo (WS 5570) con paroxetina era tan efectivo y mejor tolerado (21). En otro ensayo se comparaba un extracto de hipérico LI 160 con sertraline, con resultados similares en eficacia (22)¹.

Comparando hipérico (ZE 117) con imipramina los resultados eran terapéuticamente equivalentes (23).

En un ensayo aleatorizado a doble ciego, comparando Hipéricum con Fluoxetina en la depresión mayor, el hipérico (LI-160, 900 mg/d) fue significativamente más efectivo (24).

En las pruebas clínicas se han usado varios límites de dosis dentro de las que se incluyen 0.17-2.7 mg de hipericina oral y 900-1450 mg de extracto de hierba de San Juan oral, al día. Efectos secundarios y advertencias: los estudios publicados indican que la hierba de San Juan se tolera generalmente de buena manera en las dosis recomendadas, por períodos de 1-3 meses. Los efectos adversos más comunes incluyen molestia gastrointestinal, reacciones cutáneas, fatiga / sedación, agitación o ansiedad, disfunción sexual (incluye impotencia), mareo, dolor de cabeza y boca reseca. Otro de los efectos con el que hay que tener precaución es con reacciones de fotosensibilidad, evitando exposiciones prolongadas al sol y rayos UV (25).

Folato

En una revisión Cochrane para ver si la administración de folato a personas con trastornos depresivos reducía sus síntomas depresivos, se vio que existían evidencias de que la adición de folatos a otros antidepresivos podía ser útil (26).

En el tratamiento adjunto con antidepresivos convencionales se han usado dosis de 200 a 500 mg diarios para mejorar la respuesta al tratamiento con antidepresivos. El folato parece ser bien tolerado en las dosis recomendadas (27).

Fototerapia

Algunas personas sufren de síntomas de depresión que pueden aparecer en forma gradual o repentina durante los meses más fríos del otoño e invierno, cuando hay menos horas de luz solar. Los síntomas de la depresión pueden ser leves a moderados, pero pueden llegar a ser graves.

Las personas que trabajan muchas horas en oficinas con pocas ventanas pueden experimentar síntomas todo el año, y algunos individuos pueden notar cambios en el estado de ánimo durante largos períodos de días nublados.

La administración de luz brillante ha demostrado ser eficaz para el tratamiento del trastorno de estado de ánimo con episodios depresivos anuales recurrentes, el trastorno afectivo estacional (TAE). La fototerapia se ha convertido en tratamiento de elección para el TAE. La luz es un agente potente que cambia las fases de los ritmos circadianos y actúa sobre el metabolismo y la secreción de melatonina.

Así como la luz del sol afecta las actividades de los animales según la estación, el TAE puede ser un efecto de este cambio estacional de la luz en los seres humanos.

En una revisión y metaanálisis sobre la eficacia de la luz en los trastornos de ánimo (28) los metaanálisis demostraron que la terapia con luz y simulación del amanecer redujo los síntomas depresivos más que el placebo, también redujo los síntomas para la depresión no estacional.

En un ensayo controlado comparando tratamiento con luz y fluoxetina para el TAE los resultados fueron equiparables en eficacia (29).

Otro estudio que comparaba la eficacia del tratamiento con luz y/o imipramina en la depresión no estacional, el tratamiento con luz más cápsula de placebo fue superior al tratamiento con luz más imipramina (30).

La intensidad mínima de luz artificial que parece ser necesaria para lograr un efecto antidepresivo en el TAE es 2500 lux durante dos horas, o alternativamente, una exposición a una luz más brillante de 10.000 lux durante 30 minutos, 2 semanas de tratamiento aproximadamente. La luz brillante parece ser segura y los efectos secundarios son leves, si la luz no contiene demasiada energía en el espectro ultravioleta.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association. Criterios diagnósticos (DSM-IV). Barcelona: Masson; 1995.
2. Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C, Vázquez Ventosos C. Depresión. *Guías Clínicas Fistera* 2006; 6(11).
3. Katon W, Schulberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 237-47.
4. Nicola Casacalenda, J, Perry C, Looper K. Remission in Major Depressive Disorder: A Comparison of Pharmacotherapy, Psychotherapy, and Control Conditions. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1354-60.
5. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for Later-Life Depressive Conditions: A Meta-Analytic Comparison of Pharmacotherapy and psychot-herapy. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1493-501.
6. DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang MA, Simons AD. Medications Versus Cognitive Behavior Therapy for Severely Depressed Outpatients: Mega-Analysis of Four Randomized Comparisons. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1007-13.
7. Harrington R, Whittaker J, Shoebridge P, Campbell F. Systematic review of efficacy of cognitive behaviour therapies in childhood and adolescent depressive disorder. *BMJ* 1998; 316: 1559-63.
8. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255(2): 75-82.
9. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD. Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 417-22.
10. Frangou S, Lewis M, Mccrone P. Efficacy of ethyl-eicosapentaenoic acid in bipolar depression: randomised double-blind placebo-controlled study. *British Journal of psychiatry* 2006; 188: 46-50.
11. Nemets H, Nemets B, Apter A, Bracha Z, Belmaker RH. Omega-3 Treatment of Childhood Depression: A Controlled, Double-Blind Pilot Study. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1098-100.
12. Zhang X (Coord). *Acupuncture: review and analysis of controlled clinical trials*. WHO; 2003.
13. Sjösten N, Kivelä SL. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 410-8.
14. Blumenthal JA, Babyak MA, Moore KA. Effects of exercise training on older patients with major depression. *Arch Intern Med* 1999; 159: 2349-56.
15. Akhondzadeh S, Fallah-Pour H, Afkham K, Jamshidi AH, Khalighi-Cigaroudi F. Comparison of *Crocus sativus* L. and imipramine in the treatment of mild to moderate depression: A pilot double-blind randomized trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2004; 4: 12.
16. Noorbalaa AA, Akhondzadeha S, Tahmacebi-Poura N, Jamshidib AH. Hydro-alcoholic extract of *Crocus sativus* L. versus fluoxetine in the treatment of mild to moderate depression: a double-blind, randomized pilot trial. *Journal of Ethnopharmacology* 2005; 97: 281-4.
17. Moshiri E, Bastib AA, Noorbala AA, Jamshidi AH, Hesameddin Abbasi S, Akhondzadehc S. *Crocus sativus* L. (petal) in the treatment of mild-to-moderate depression: A double-blind, randomized and placebo-controlled trial. *Phytomedicine* 2006; 13(9-10): 607-11.
18. Akhondzadeh Basti A, Moshiri E, Noorbala AA, Jamshidi AH, Abbasi SH, Akhondzadeh S. Comparison of petal of *Crocus sativus* L. and fluoxetine in the treatment of depressed outpatients: A pilot double-blind randomized trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2007; 31(2): 439-42.
19. Lecrubier Y, Clerc G, Didi R, Kieser M. Efficacy of St. John's Wort Extract WS 5570 in Major Depression: A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1361-6.
20. Kasper S, Anghelescu IG, Szegedi A, Dienel A, Kieser M. Superior efficacy of St John's wort extract WS® 5570 compared to placebo in patients with major depression: a randomized, double-blind, placebo-controlled, multi-center trial [ISRCTN7727298]. *BMC Medicine* 2006; 4: 14.
21. Szegedi A, Kohnen R, Dienel A, Kieser M. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomized controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. *BMJ* 2005; 330 (7490): 503.
22. Brenner R, Azbel V, Madhusoodanan S, Pawlowska M. Comparison of an Extract of *Hypericum* (LI 160) and Sertraline in the Treatment of Depression: A Double-Blind, Randomized Pilot Study. *Clinical therapeutics* 2000; 22(4): 411-9.

23. Helmut Woelk for the Remotiv/Imipramine Study Group. Comparison of St John's wort and imipramine for treating depression: randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 536-9.

24. Fava M, Alpert J, Nierenberg AA, Mischoulon D, Otto MW. A Double-blind, Randomized Trial of St John's Wort, Fluoxetine, and Placebo in Major Depressive Disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2005; 25: 441-7.

25. MedlinePlus. Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum* L.). Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Institutos Nacionales de Salud. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/patient-stjohnswort.html>. Acceso: 06-06-2007.

26. Taylor MJ, Carney S, Geddes J, Goodwin G. Folato para los trastornos depresivos, Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en La Biblioteca Cochrane Plus, 2007, Número 1.

27. MedlinePlus. Folato (ácido fólico). Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU. Institutos Nacio-

nales de Salud. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/patient-folate.html>. Acceso: 06-06-2007.

28. Golden RN, Gaynes BN, Ekstrom RD, Hamer RM, Jacobsen FM, Suppes T, et al. The Efficacy of Light Therapy in the Treatment of Mood Disorders: A Review and Meta-Analysis of the Evidence. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 656-62.

29. Lam RW, Levitt AJ, Levitt AJ, Levitan RD, Enns MW, Morehouse R, et al. The Can-SAD Study: A Randomized Controlled Trial of the Effectiveness of Light Therapy and Fluoxetine in Patients With Winter Seasonal Affective Disorder. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 805-12.

30. Prasko J, Horacek J, Klaschka J, Kosova J, Ondrackova I, Sipek J. Bright Light Therapy and/or Imipramina for Inpatients with Recurrent Non Seasonal Depression. *Neuroendocrinology Letters* 2002; 23: 109-13.