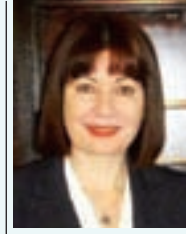


Suplemento Especial American Psychiatric Association Puerto Rico District Branch

PUERTO RICO
PSYCHIATRIC SOCIETY



El capítulo de Puerto Rico de la Asociación Psiquiátrica Americana y su rol en la salud mental local



Ingrid Alicea Berríos, MD

Presidente Capítulo de Puerto Rico Asociación Psiquiátrica Americana

Hoy quiero hablarles de la organización de la que me enorgullezco de pertenecer desde que era residente de Psiquiatría, la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). La APA fue fundada en 1844 y es la principal organización profesional de psiquiatras en los Estados Unidos, con una gran influencia a nivel mundial. Cuenta con unos 38 mil miembros de todas las nacionalidades. Se caracteriza por atender asuntos de salud pública en salud mental, defender los derechos de los pacientes y de nuestra especialidad.

La APA tiene varias publicaciones, entre ellas periódicos, boletines, revistas, libros de referencia en Psiquiatría y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM). Este manual es utilizado a nivel mundial como guía para codificar y diagnosticar las condiciones psiquiátricas. También ha publicado guías de tratamiento.

El Capítulo de la APA en Puerto Rico tiene como objetivos:


- Mejorar el tratamiento, la rehabilitación y el cuidado de pacientes con trastornos mentales, retardo u otras condiciones emocionales.
- Promover la investigación científica, la educación profesional en Psiquiatría y áreas afines y la prevención de la incapacidad por enfermedad mental.
- Optimizar los estándares de todos los servicios y en todas las organizaciones psiquiátricas.
- Estimular la cooperación de todos a quienes le conciernen los aspectos médicos, psicológicos, sociales y legales de la salud mental y la enfermedad mental.
- Poner el conocimiento de la Psiquiatría a disposición

de otros médicos, de científicos de otras ramas del saber humano y del público en general.

- Apoyar los mejores intereses de los pacientes y de quienes actúan o potencialmente hacen uso de los servicios de salud mental.
- Abogar por los psiquiatras.

Esta información figura en la página cibernética creada en 1997 por uno de nuestros más activos y comprometidos pasados presidentes, el Dr. Néstor Galarza, quien dirigió nuestra organización por tres términos. El Dr. Galarza sigue trabajando incansablemente para nuestras organizaciones y a manera de reconocimiento, hago mención a su persona.

Del mismo modo, debo resaltar la labor de todos los presidentes anteriores así como de los miembros de las distintas juntas directivas, que han hecho grandes aportes a esta organización; hay muchos héroes anónimos que han contribuido con su tiempo y recursos a la salud mental de nuestro pueblo.

Finalmente, debo destacar a los Comités de trabajo y al nuevo Comité de Geropsiquiatría, dirigido por la Dra. María Sánchez Bonilla. Ella y los geropsiquiatras del país desarrollaron el “Primer Simposio de Geropsiquiatría”, que ya se ha institucionalizado en nuestra organización. El próximo se ofrecerá en octubre y contribuirá a que las actividades de APA sigan resaltando el desarrollo de la psiquiatría local. 

Se puede encontrar más información de nuestro capítulo en www.puertoricopsychiatricsociety.org y de la APA nacional en www.psych.org.

Entendiendo la esquizofrenia



Michel Woodbury Fariña, MD

Especialista en Psiquiatra

Profesor Asociado
Departamento de Psiquiatría
RCM-UPR

michel.woodbury@upr.edu

La esquizofrenia es un trastorno cerebral severo que perdura toda la vida. Quienes la padecen pueden escuchar voces, ver cosas que no existen o creer que otros leen sus pensamientos o controlan sus mentes.

El cerebro primitivo y la neocorteza

Para entender la esquizofrenia, hay que entender cómo trabaja el cerebro en general. Este tiene una parte primitiva, que controla las emociones y los instintos de supervivencia, y otra parte más desarrollada cognoscitivamente, la neocorteza. El área prefrontal de la neocorteza está activa en situaciones de paz y modula o mantiene controlado al cerebro primitivo. Con este sistema es que manejamos el estrés. Mientras más desarrollada el área prefrontal, más control hay sobre la mente primitiva, que incluye las áreas del tallo y límbica, que se activa en emergencias, para luchar o huir.

La amígdala y las emergencias

Los mensajes de emergencia se dan en la amígdala. Primero pasan por el área visual y entran al tálamo para la evaluación de su peligrosidad. Si hay motivo, el mensaje se canaliza directamente a la amígdala para decidir si hay que explotar con la reacción de alarma. Mientras más “fuerte” sea el área prefrontal, más difícil será activar la amígdala. El Dr. Kagan postula que hay tres situaciones donde se ve la reacción de alarma: cuando realmente hay un peligro serio; cuando se pierde o cree que va a perder a un ser querido y; cuando hay un cambio de rutina. Así, una congestión de tráfico inesperada es un cambio de rutina. Pero, como ante la amígdala no hay un real peligro, la neocorteza inventa razones a estas emociones y lo expresa como una ansiedad irrealista: “Me van a matar si llego tarde” o “me van a botar”. Y eso puede producir alarma.

El área prefrontal en el esquizofrénico

El esquizofrénico posiblemente tiene problemas en el área prefrontal por escasez de receptores dopaminérgicos D1. Esto resulta en una área prefrontal “débil” con problemas en las funciones de organización ejecutiva como la memoria de trabajo. Por ende, puede tener dificultades

para hablar y expresar sus emociones y problemas de atención, memoria y organización. Con estas limitaciones en el área prefrontal, la amígdala es fácil de activar, y eso puede hacer que muchos mensajes ambiguos se interpreten como peligrosos. Esto da como resultado la paranoia de los esquizofrénicos. Un esquizofrénico me dijo que sabía que los vecinos lo iban a matar por sus miradas nada más, lo que catalogaremos como psicosis paranoica. Cuando el paciente insiste en que eso es verdad, estamos frente a un delirio, una idea fija que no se corrige al confrontarla con la verdad. La ansiedad en esos pacientes muchas veces se expresa con alucinaciones. Por ejemplo, tener que estudiar el teclado de una maquinilla puede hacer alucinar a un esquizofrénico estable. Pero, al desistir del estudio pueden desaparecer las alucinaciones.

La fragmentación del ego y la glucosa

Un aspecto de la psicosis, poco resaltado, es la fragmentación del ego. Esto hace que las fronteras del ego, que son áreas imaginarias frente a uno, se tornen “difusas”. Se nota, por ejemplo, al acercar la cara a un desconocido haciendo que se separen antes que se toquen. En el psicótico, las fronteras pueden llegar a las paredes del cuarto y, así al entrar puede sentir que está cara a cara con uno. Y si la amígdala es muy reactiva, la reacción de alarma puede expresarse como agresión. Esta agresión es la que da mala fama a los esquizofrénicos. La causa más frecuente de un gesto agresivo es la hipoglucemia, que a su vez debilita al área prefrontal. Un paciente esquizofrénico psicótico con hambre podría mostrar fragmentación del ego, por lo que no estaría de más ofrecer al paciente agitado un jugo dulce. Hay salas de emergencia, donde como algo rutinario, dan bolos de glucosa con tiamina a los pacientes con impulsos violentos.

Comentario

Las medicinas pueden aliviar muchos síntomas de una psicosis, pero puede ser necesario probar varios medicamentos antes de encontrar el adecuado. Las recaídas pueden disminuir si se toma el medicamento consecuentemente. Con el tratamiento adecuado, muchas personas pueden llevar vidas satisfactorias.

Esquizofrenia infantil

La esquizofrenia es uno de los trastornos de salud mental más complejos, crónicos, severos e incapacitantes que existe. Está caracterizada por pensamientos distorsionados, sentimientos extraños y conducta poco usual.

Incidencia y factores relacionados

Es una enfermedad psiquiátrica poco común en los niños y es muy difícil de reconocer en sus primeras etapas. Salvo pocas excepciones, muchos estudios sugieren que es raro que la esquizofrenia se inicie antes de los 6 años de edad. La aparición repentina de los síntomas psicóticos de la esquizofrenia suelen producirse en la mitad o en la última etapa de la adolescencia. Los datos estadísticos indican que el trastorno afecta al 1% de la población. Un niño que tiene una familia donde existen una o más personas esquizofrénicas tiene una mayor probabilidad de desarrollar el trastorno que un niño que nace en una familia sin antecedentes de esquizofrenia. La esquizofrenia infantil es más frecuente en varones, en una razón de 2 a 1. Con el aumento en edad, esta proporción tiende a emparejarse.

En estos pacientes se ha observado un desorden del neurodesarrollo con lesiones tempranas en el sistema nervioso central que afectan el proceso de maduración normal y que está asociado con un deterioro en el desarrollo temprano del lenguaje y las funciones cognitivas, sensoriales, motoras y sociales. Complicaciones perinatales, alteraciones en la estructura y tamaño del cerebro, anomalías físicas menores y interrupción del desarrollo neural fetal, especialmente durante el segundo trimestre del embarazo, se correlacionan con una mayor incidencia de la esquizofrenia. Alteraciones tempranas en la función del cerebro se presentan años antes del inicio de la psicosis. Los estudios de neuroimagen han

demostrado pérdida de materia gris observada en la corteza temporal superior y prefrontal y agrandamiento progresivo de los ventrículos laterales.

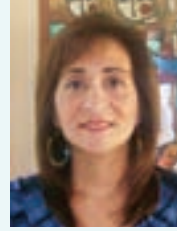
Síntomas

La esquizofrenia infantil causa alucinaciones amenazantes y pensamientos raros, temerosos y confusos. Las alucinaciones más frecuentes son las auditivas (80%) e incluyen alucinaciones de persecución, de comando, etc.

En cerca de la mitad de los casos se presentan ideas delirantes y estas pueden incluir preocupaciones somáticas, ideas de referencia, persecución o paranoia, e ideas religiosas o de grandiosidad, según la Organización de Salud Mental Internacional.

Estos niños suelen estar tan consumidos en sus alucinaciones al punto que descuidan o abandonan deberes diarios normales como bañarse, comer o lavarse los dientes. Presentan comportamiento desorganizado o catatónico, cambios graduales de conducta, cambios extremos de estado de ánimo y tienden a carecer de expresión facial. Generalmente imitan a otras personas repitiendo lo que ellas dicen o copian sus gestos.

Algunos pueden presentar extrema resistencia al cambio y pueden negarse a seguir instrucciones o cumplir con la autoridad. Pueden presentar dificultad en distinguir entre la realidad, y los sueños. Es común que a estos niños le desagraden repentinamente las actividades que antes disfrutaban y pierdan interés en la vida, presentando retirada social y aislamiento. Tienen dificultad en relacionarse con otras personas y frecuentemente no saben qué es correcto decir en ambientes sociales o desconocen la forma apropiada de comportarse entre pares. Su pensamiento es desorganizado y carecen de



Brenda E. Matos, MD, FABI

Psiquiatra General con subespecialidad en niños y adolescentes

Presidenta del Capítulo de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Colegio de Médicos Cirujanos de Puerto Rico

Vocal de la Academia de Psiquiatría de Puerto Rico

habilidad para hablar claramente y concisamente. Tienen problemas con la concentración y la memoria.

Diagnóstico temprano y diferencial

La esquizofrenia en etapas muy tempranas es difícil de reconocer, ya que los niños carecen de habilidades del lenguaje o de conceptos de realidad propios de los adultos. Es complejo diferenciar las manifestaciones tempranas de esta enfermedad de lo normal.


En la etapa preescolar, es común ver amigos imaginarios o tener pensamientos mágicos o irracionales y asociaciones laxas. Estas pueden ser manifestaciones tempranas de esquizofrenia infantil. Pero, en los niños normales disminuyen de frecuencia después de los seis o siete años de edad. Las alucinaciones visuales y táctiles son transitorias y benignas en niños preescolares en momentos de estrés y ansiedad.

También, algunas creencias religiosas y culturales pueden ser malinterpretadas como posibles síntomas psicóticos y ser sacados del contexto. Factores culturales, del desarrollo e intelectuales deben ser tomados en cuenta en la evaluación, así como otros probables diagnósticos psiquiátricos.

Tratamiento

Por ser un trastorno complejo, su tratamiento debe ser multifacético. Hay consenso en el uso simultáneo de fármacos antipsicóticos y de terapias psicológicas con un enfoque en las necesidades sociales, educativas y culturales que el niño y su familia necesitan. El monitoreo clínico de la efectividad y de los efectos secundarios de los fármacos es necesario.

Conclusión

Las anomalías en el desarrollo temprano del cerebro observadas en los niños esquizofrénicos pueden determinar la competencia funcional global en la vida posterior. Por ende, es importante reconocer e identificar los síntomas tempranamente, establecer el diagnóstico e intervenir con un tratamiento eficaz. 



Porque las personas son el
CORAZÓN de lo que somos.

*Continuamos elevando la calidad de los servicios
de salud mental en Puerto Rico.*

En el Hospital Panamericano contamos con los mejores profesionales de salud mental, facilidades físicas modernas y un modelo de servicios enfocado en la recuperación. Somos un sistema integrado de salud mental para atender adolescentes, adultos y personas de la tercera edad que buscan superar momentos difíciles.

Por 23 años hemos sido testigos de miles de historias de éxito de las personas que hemos servido y que nos inspiran día a día...

*Creemos que no importa la dificultad, la
recuperación es posible.*

Llama a nuestra línea de ayuda al 1-800-981-1218
www.hospitalpanamericano.com

¿Qué debemos saber sobre la depresión mayor?



Lelis L. Nazario, MD

Especialista en Psiquiatría de niños y adolescentes

Profesora Asociada
Departamento de Psiquiatría,
Universidad de Puerto Rico

La depresión es una enfermedad que puede llegar a ser sumamente debilitante e impactante.

Incidencia

Datos epidemiológicos estiman que la depresión tiene una prevalencia de 2% en la población de niños, 4 a 8% en adolescentes, 10 a 25% en mujeres adultas y 5 a 12% en hombres adultos.

Síntomas y diagnóstico

El diagnóstico de la depresión es clínico. Se compone de estado de ánimo depresivo o irritable de dos semanas de duración y/o pérdida del interés y del placer asociado a por lo menos cinco de los siguientes síntomas: cambios en el sueño, en el apetito o peso, concentración baja, indecisión, ideas suicidas o pensamientos de muerte, agitación o retardación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, disminución en interés sexual, sentimiento de minusvalía o culpa inapropiada. Un criterio esencial para su diagnóstico es la disfunción marcada por un deterioro en las relaciones interpersonales o en la ejecución de actividades sociales.

Existen múltiples factores de riesgo que nos ayudan a estimar su severidad y a determinar el tratamiento a recomendar. La presencia de episodios previos y/o historial de otros trastornos psiquiátricos, tales como el abuso de sustancias y el trastorno de conducta, complican el cuadro clínico y exigen un tratamiento más comprensivo. El historial de trastornos psiquiátricos en la familia, historial familiar de suicidios o intentos, y el historial de intentos suicidas previos, tomando en cuenta la planificación y letalidad de dichos intentos (acceso a armas, precaución para no rescate, notas) nos

levantan una señal de alerta y nos guían al momento de la evaluación. Otros factores de riesgo de gran importancia son el maltrato, la negligencia, la discordia familiar, el pobre aprovechamiento escolar y la presencia de enfermedad sistémica crónica.

Curso clínico

El curso clínico de la depresión comprende una duración del episodio de unos 7 a 9 meses en muestras clínicas y de 1 a 2 meses en la comunidad. El 90% de los pacientes remiten en 1 a 2 años y del 6 al 10% sufren un curso prolongado. Su severidad, la presencia de comorbilidad (incluyendo los trastornos de personalidad), la exposición a eventos negativos, el historial de padres con trastornos psiquiátricos y la disfunción severa son predictores del curso a tomar. Un 40 a 60% de los pacientes recaen debido al pobre cumplimiento del tratamiento, a exposición a eventos negativos y a la discontinuación o disminución rápida del tratamiento. La recurrencia es de 20 a 60% en 1 a 2 años y 70% después de 5 años.

Sin tratamiento, la depresión pone al paciente en riesgo de comportamiento suicida, abuso de sustancias, enfermedades físicas, embarazo temprano, exposición a eventos negativos y pobre funcionamiento psicosocial, académico y laboral. La persistencia de dificultades psicosociales, luego de la remisión de un episodio, apunta a la necesidad de tratamiento continuo.

Tratamiento

El tratamiento dependerá de la complejidad y de la severidad de los síntomas. Las modalidades terapéuticas a utilizarse pueden ser diversas. La farmacoterapia con antidepresivos (SSRIs, SRIs y otros) es un elemento de

gran peso cuando hay síntomas incapacitantes. Estos fármacos contribuyen de forma efectiva a una recuperación más rápida y pueden evitar la recurrencia de episodios. También hay varias modalidades de terapia individual que pueden ser muy efectivas para establecer controles, desarrollar destrezas para resolver problemas sociales, restablecer la autoestima y explorar factores precipitantes y contribuyentes. Otras modalidades que complementan el tratamiento son la terapia familiar y la terapia de grupos.

En la mayoría de los casos, lo recomendable es la combinación de las terapias pertinentes de acuerdo a las necesidades individuales de cada paciente. **G**

Literatura

- American Academy Child and Adolescent Psychiatry (1998), Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37 (suppl): 63S-83S.
- American Psychiatric Association (2003), Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors. *The American Journal of Psychiatry* 157 (4): 1-60.
- American Psychiatric Association (2000), Practice Guideline for the Treatment of Major Depressive Disorder (Revision). *The American Journal of Psychiatry* 160 (11): 1-45.
- Birmaher B et al. (1996), Childhood and Adolescent Depression: A review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(11):1427-1439.
- Birmaher B et al. (1996), Childhood and Adolescent Depression: A review of the Past 10 Years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(12):1575-1583.
- Kaplan H, Saddock B (ed) (1999), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Vol. I. Maryland, Williams & Wilkins.
- Pruitt D (ed) (1999), *Your Adolescent-Emotional, Behavioral and Cognitive Development from Early Adolescence through the Teen Years*. New York, Harper Collins Publishers.

Ansiedad y fobia social: Causas y tratamiento

Para algunas personas, es el terror que se siente al expresarse en público. Para otras, es la ansiedad de tener que enfrentarse a una persona desconocida. Otras se sienten casi al borde del pánico al tener que recibir la evaluación de un supervisor o de un maestro. Las personas que padecen esta condición experimentan diversas manifestaciones de ansiedad, acompañadas del temor a sentirse humillados o abochornados frente a otros. Esta es la base de la enfermedad que conocemos hoy como fobia social.



Carlos Díaz, MD

Especialista en Psiquiatría
Pasado Presidente del
Capítulo de Puerto Rico
de la Asociación
Psiquiátrica Americana

¿Qué es la fobia social?

Las personas que sufren de esta condición sienten a menudo gran temor al enfrentar situaciones sociales que les obliguen a realizar actividades en presencia de desconocidos. Temen a tener que ser observados por otros o a la posibilidad de avergonzarse frente a otros.

Es normal sentir algo de ansiedad frente a una situación nueva, pero generalmente no es una ansiedad paralizante. En algunos pacientes, los síntomas surgen de una forma tan abrupta que son descritos como

los que se dan en los ataques de pánico. Hay pacientes que tienen que abandonar el local donde se encuentran porque piensan que otros se pueden dar cuenta de los síntomas que están sufriendo. Además de la ansiedad severa que experimentan, pueden sufrir de síntomas físicos que causan incomodidad. Pueden tener pensamientos agitados y cambios en sus patrones de comportamiento. Usualmente, llegan a buscar tratamiento cuando ya han experimentado cierto grado de incapacidad o a instancias de sus familiares.

Incidencia

Según estadísticas recientes, esta enfermedad afecta a un 2 a 3% de la población de los Estados Unidos. Se calcula que, adicionalmente, un 6% de la población sufre de una forma menos incapacitante de la enfermedad, sin reunir todos los síntomas necesarios para un diagnóstico formal. Es entre los 10 a 20 años de edad cuando la mayoría de los pacientes comienza a sufrir los síntomas. Se considera que afecta más a mujeres, pero por alguna razón aún desconocida, los hombres tienden a buscar tratamiento antes.

Síntomas frecuentes

Algunos de los problemas físicos que se asocian a la fobia social incluyen: taquicardia, temblor, nerviosismo y rubor. Además, pueden sentirse cortos de respiración, sudar excesivamente y padecer de dolores abdominales o incluso diarreas. Hay problemas que surgen con los pensamientos que incluyen: distorsiones en autoimagen, bajo sentido de autoestima, y dificultades asociadas a sentir que no pueden expresar lo que sienten.

Algunas personas describen sentir que se paralizan, literalmente, y que no pueden seguir operando como lo harían normalmente. En el caso de individuos que tienen que hacer presentaciones de negocios o en público, sienten que de pronto no lo pueden hacer más. Algunos pacientes inclusive no pueden utilizar baños públicos, teléfonos públicos, o simplemente abandonan cualquier situación en que pueden estar expuestos al escrutinio de los demás.

Diagnóstico y tratamiento

En la actualidad disponemos de herramientas importantes para el diagnóstico y el tratamiento adecuado de esta condición. Muchos pacientes afectados desconocen que hay ayuda disponible. Es indiscutible que la falta de tratamiento hace que la enfermedad progrese con más rapidez y se haga más severa con el paso de los años.


El tratamiento suele incluir psicoterapia de tipo individual y/o grupal, además de tratamiento con medicamentos para disminuir el nivel de ansiedad que se experimenta al exponerse a las situaciones antes descritas.

Curso y evolución

Esta enfermedad hace más probable que la persona tenga problemas asociados al abuso de drogas y/o alcohol, o inclusive a medicamentos que les hayan sido recetados a ellos o a otros. Su desenvolvimiento tanto en la escuela como en el trabajo, se ve estancado en el curso de la enfermedad. Se pueden ir aislando paulatinamente de familiares, amigos y compañeros de trabajo, llegando a tener menos contactos sociales, disminuyendo su nivel de confianza y autoestima así como su potencial de ingresos.

Otras enfermedades mentales que suelen coexistir incluyen la depresión clínica, el abuso de sustancias y alcohol, y otros desórdenes de ansiedad. En la actualidad, creemos que hay patrones hereditarios que aún no se han esclarecido en detalle. Tener un familiar cercano con esta enfermedad puede aumentar el riesgo en relación con la población en general. Cuando se diagnostica esta condición en un niño, es más probable que sus padres la hayan sufrido.

Conclusión

La fobia social es tratable y requiere de una evaluación completa por un psiquiatra. La evaluación debe incluir, entender y explorar si han existido eventos que hayan precipitado esta condición. Se debe discutir con el paciente las opciones para el tratamiento y el potencial de utilizar medicamentos para aliviar los síntomas. En nuestra experiencia, es mejor combinar medicamentos con psicoterapia para que el tratamiento sea más beneficioso a largo plazo. 

- Los síntomas comunes suelen aparecer entre los diez y veinte años de edad.
- La enfermedad no mejora sin tratamiento.
- Se requiere una evaluación completa para entender bien la naturaleza del problema.
- La terapia puede incluir: medicamentos, terapia cognoscitiva conductual, terapia de grupo o una combinación de todos los anteriores.

Manejo de la depresión resistente



**Ileana M Fumero, MD,
FAPA, PsyPharm.,
DABPN, DABFE**

Especialista en Psiquiatría

Uno de cada tres pacientes con depresión responde efectivamente al tratamiento inicial con un antidepresivo. Por lo tanto, un 65% de los pacientes persistirán con síntomas. No obstante, las posibilidades de recuperación no se agotan en ese primer intento ya que existen alternativas terapéuticas a las que se puede recurrir ante una depresión resistente. Una depresión resistente es aquella que no ha respondido a dos antidepresivos que han sido utilizados por tiempo adecuado y en dosis adecuada. El 80% de las personas con depresión resistente responde a una combinación de fármacos.

Entre las estrategias farmacológicas para tratar la depresión resistente, está añadir un segundo antidepresivo con un mecanismo de acción diferente del primero. Otra alternativa sería la terapia de aumento que implica añadir un segundo medicamento, que no sea un antidepresivo. Entre estas alternativas se encuentran los antipsicóticos, el litio, la lamotrigina, la hormona tiroidea, el pindolol, clorhidrato de olanzapina y fluoxetina (Symbyax), la bupirona y/o un estimulante. De los antipsicóticos de segunda generación, solo el aripiprazole (Abilify) y la quetiapina (Seroquel XR) han obtenido la indicación de tratamiento adjunto para la depresión resistente o refractaria. Si el paciente ha demostrado una respuesta parcial a un antidepresivo, es decir, si han mejorado algunos síntomas pero no ha llegado a la remisión, entonces es recomendable que, como alternativa para lograr la remisión, se potencie el primer antidepresivo con un segundo fármaco. Esta potenciación ofrece ventajas, ya que no se pierde la respuesta inicial que se obtiene del primer antidepresivo y no ocurre un síndrome de discontinuación ya que no se retira el antidepresivo.

La remisión de síntomas en un paciente con depresión se debe obtener prontamente. Las estrategias farmacológicas que se empleen en el tratamiento de la depresión deben ser reevaluadas por periodos de 4 a 6 semanas. Es decir, si se comienza un antidepresivo ya a las 4 semanas se debe decidir si es efectivo o si se debe contemplar el cambiarlo o potenciarlo. Retardar la obtención de una remisión de síntomas conllevaría un mayor riesgo de recaídas, de cronificación de la enfermedad y hasta el riesgo de desarrollar demencia.

