

# Manual de psicofarmacología para profesionales de la salud mental

Consulte nuestra página web: [www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)  
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos ([www.cedro.org](http://www.cedro.org)) vela por el respeto de los citados derechos.

# Manual de psicofarmacología para profesionales de la salud mental

María Fe Bravo Ortiz

Francisco Javier López Cánovas



EDITORIAL  
SINTESIS

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© María Fe Bravo Ortiz  
Francisco Javier López Cánovas

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.  
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid  
Teléfono: 91 593 20 98  
[www.sintesis.com](http://www.sintesis.com)

ISBN: 978-84-9171-217-6  
Depósito Legal: M. 25.976-2018

Impreso en España - Printed in Spain

# Índice

<b>Introducción</b> .....	11
El tratamiento psicofarmacológico en el contexto de la atención integral a los trastornos mentales .....	11
Eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos. Guías de práctica clínica .....	12
Efectividad y cumplimiento del tratamiento .....	13

## PARTE I

### ASPECTOS GENERALES DE LA PSICOFARMACOLOGÍA

<b>1. Bases y principios psicofarmacológicos</b> .....	19
1.1. Bases teóricas de la acción de los psicofármacos .....	19
1.1.1. Mecanismo de acción, 19. 1.1.2. Farmacocinética, 21. 1.1.3. Farmacodinámica, 23	
1.2. Principios generales del tratamiento psicofarmacológico .....	25
1.3. Principales aplicaciones .....	29
1.4. Cuadro resumen .....	30

## PARTE II

### GRUPOS PSICOFARMACOLÓGICOS

<b>2. Antidepresivos</b> .....	37
2.1. Introducción .....	37
2.2. Tipos de antidepresivos .....	38

2.3. Mecanismo de acción .....	39
2.4. Indicaciones .....	41
2.5. Fármacos del grupo .....	44
2.6. Dosificación y formas de administración .....	45
2.7. Efectos secundarios .....	46
2.8. Contraindicaciones .....	48
2.9. Interacciones medicamentosas .....	48
2.10. Información al paciente .....	49
<b>3. Antipsicóticos .....</b>	<b>53</b>
3.1. Introducción .....	53
3.2. Tipos de antipsicóticos .....	53
3.3. Mecanismo de acción .....	54
3.4. Indicaciones .....	55
3.5. Fármacos del grupo .....	56
3.6. Dosificación y formas de administración .....	56
3.7. Efectos secundarios .....	59
3.8. Contraindicaciones .....	60
3.9. Interacciones medicamentosas .....	61
3.10. Información al paciente .....	62
<b>4. Ansiolíticos e hipnóticos .....</b>	<b>63</b>
4.1. Introducción .....	63
4.2. Tipos de ansiolíticos e hipnóticos .....	64
4.3. Mecanismo de acción .....	66
4.4. Indicaciones .....	68
4.5. Fármacos del grupo .....	68
4.6. Dosificación y formas de administración .....	69
4.7. Efectos secundarios .....	70
4.8. Contraindicaciones .....	72
4.9. Interacciones medicamentosas .....	73
4.10. Información al paciente .....	73
<b>5. Estabilizadores del humor .....</b>	<b>75</b>
5.1. Introducción .....	75
5.2. Tipos de estabilizadores del humor .....	75

## Índice

5.3. Mecanismo de acción .....	76
5.4. Indicaciones .....	77
5.5. Fármacos del grupo .....	77
5.6. Dosificación y formas de administración .....	78
5.7. Efectos secundarios .....	78
5.8. Contraindicaciones .....	78
5.9. Interacciones medicamentosas .....	79
5.10. Información al paciente .....	79
<b>6. Psicoestimulantes .....</b>	<b>81</b>
6.1. Introducción .....	81
6.2. Mecanismo de acción .....	81
6.3. Indicaciones .....	82
6.4. Fármacos del grupo .....	82
6.5. Dosificación y formas de administración .....	83
6.6. Efectos secundarios .....	83
6.7. Contraindicaciones .....	84
6.8. Interacciones medicamentosas .....	85
6.9. Información al paciente .....	85
<b>7. Fármacos antidemencia .....</b>	<b>87</b>
7.1. Introducción .....	87
7.2. Mecanismo de acción .....	87
7.3. Indicaciones .....	88
7.4. Fármacos del grupo .....	88
7.5. Dosificación y formas de administración .....	88
7.6. Efectos secundarios .....	89
7.7. Contraindicaciones .....	89
7.8. Interacciones medicamentosas .....	90
7.9. Información al paciente .....	90
<b>8. Fármacos para el tratamiento de las dependencias .....</b>	<b>91</b>
8.1. Introducción .....	91
8.2. Tipos y mecanismo de acción .....	92
8.3. Indicaciones .....	94
8.4. Fármacos del grupo .....	95

8.5. Dosificación y formas de administración .....	95
8.6. Efectos secundarios .....	96
8.7. Contraindicaciones .....	97
8.8. Interacciones medicamentosas .....	97
8.9. Información al paciente .....	98
<b>9. Otros fármacos antiepilépticos con aplicación en salud mental .....</b>	<b>101</b>
9.1. Introducción .....	101
9.2. Mecanismo de acción .....	101
9.3. Indicaciones .....	102
9.4. Fármacos del grupo .....	102
9.5. Dosificación y formas de administración .....	103
9.6. Efectos secundarios .....	103
9.7. Contraindicaciones .....	104
9.8. Interacciones medicamentosas .....	104
9.9. Información al paciente .....	104
<b>10. Otros fármacos: guanfacina .....</b>	<b>107</b>
10.1. Introducción .....	107
10.2. Mecanismo de acción .....	107
10.3. Indicaciones .....	107
10.4. Dosificación y formas de administración .....	107
10.5. Efectos secundarios .....	108
10.6. Contraindicaciones .....	108
10.7. Interacciones medicamentosas .....	108
10.8. Información al paciente .....	108

PARTE III  
TRATAMIENTOS

<b>11. Tratamiento psicofarmacológico de los principales trastornos psiquiátricos .....</b>	<b>111</b>
11.1. Criterios de aplicación. Integración de la farmacoterapia y la psicoterapia .....	111



## Índice

11.2. Tratamiento psicofarmacológico de los trastornos psiquiátricos siguiendo la clasificación de la CIE-10 .....	113
11.2.1. F00-F09. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos, 113.	
11.2.2. F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, 114.	
11.2.3. F20-F29. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes, 117.	
11.2.4. F30-F39. Trastornos del humor (afectivos), 118.	
11.2.5. F40-F48. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, 123.	
11.2.6. F50-F59. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, 126.	
11.2.7. F60-F69. Trastornos de personalidad y del comportamiento del adulto, 126.	
11.2.8. F90-F98. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia o en la adolescencia, 126	
11.3. Cuadro resumen de las indicaciones de tratamiento psicofarmacológico para los principales síndromes clínicos .....	127
11.4. Índice de nombres comerciales, presentaciones y principios activos .....	133
<b>Casos prácticos</b> .....	147
Caso A .....	147
Caso B .....	148
Caso C .....	151
Caso D .....	153
Caso E .....	154
Caso F .....	156
Caso G .....	157
<b>Claves de respuesta de los casos prácticos</b> .....	159
<b>Bibliografía y lecturas</b> .....	161
Bibliografía referenciada .....	161
Lecturas recomendadas .....	162

# 2

## *Antidepresivos*

### **2.1. Introducción**

Los antidepresivos se introdujeron en el uso clínico en psiquiatría a partir de 1957, al observar Kuhn<sup>9, 10</sup> cómo la imipramina mejoraba el estado de ánimo de los pacientes deprimidos. En la década posterior se desarrollaron la mayor parte de los antidepresivos denominados tricíclicos (ADT). Paralelamente se comenzaron a utilizar también los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), tras comprobarse que algunos fármacos antituberculosos (con actividad IMAO) producían euforia y mayor iniciativa en las personas que los tomaban. Estos fármacos antidepresivos tricíclicos, cuyo efecto terapéutico ha sido demostrado en reiterados estudios, logran producir remisión o mejoría de los síntomas depresivos en más del 65% de los casos, y siguen siendo utilizados como patrón de referencia, sin que hayan sido superados en cuanto a su efecto antidepresivo propiamente dicho. A diferencia de los estimulantes (anfetaminas, metilfenidato), solo mejoran el estado de ánimo en personas que previamente están deprimidas, no elevan el ánimo en sujetos normales.

Durante la década de los sesenta y los setenta del siglo xx se desarrollaron muchos más principios activos de este grupo buscando reducir los importantes efectos secundarios que producían. Esto no se logró hasta mediados de los ochenta, cuando la introducción de los primeros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la fluvoxamina o la fluoxetina, supusieron el primer gran cambio terapéutico en el mundo de la psicofarmacología. Los ISRS mantenían un efecto antidepresivo similar al de los ADT, pero con una reducción significativa de los efectos secundarios, que desaparecían tras las primeras semanas, y tenían una pauta de administración más simple (derivada de su mayor vida media y de la existencia de una curva dosis respuesta plana). Su introducción en la práctica clínica psiquiátrica ha sido masiva, y en la actualidad son los antidepresivos de primera elección para la mayoría de las depresiones; su indicación solo se ve frenada por su mayor coste económico relativo en comparación con los clásicos ADT. La utilización de los IMAO se ha reducido notablemente (en nuestro país se han retirado todas sus formas comerciales) debido a sus interacciones medicamentosas y dietéticas, pero sigue manteniendo algunas indicaciones específicas (depresión atípi-

ca, fobias). En los noventa han aparecido nuevos principios activos que actúan sobre la recaptación de otros neurotransmisores, como la noradrenalina o la dopamina, bien aisladamente, bien en conjunto con su acción sobre la serotonina.

En estos primeros años del siglo XXI se han comercializado nuevos antidepresivos con mecanismos de acción complejos o novedosos: agomelatina (agonista melatonérgico), tianeptina (estructuralmente es un tricíclico y tiene propiedades potenciadoras de la recaptación de serotonina y de la actividad glutamatérgica en corteza e hipocampo), vortioxetina (de acción multimodal, con acción similar a la de los ISRS, pero adicionalmente agonista parcial o antagonista de ciertos subtipos de receptores de serotonina; probablemente también module sistemas de neurotransmisión noradrenérgica, dopaminérgica, histaminérgica, colinérgica, GABAérgica y glutamatérgica). También han aparecido nuevas moléculas antidepresivas con mecanismos de acción más “tradicionales”: escitalopram (ISRS), duloxetina (IRSN) y desvenlafaxina (IRSN).

El abanico de posibilidades terapéuticas es muy amplio, pero no se han logrado superar, por medio de la psicofarmacoterapia, las tasas de recuperación de los trastornos depresivos que mostraban los primeros antidepresivos. Sí existen, en cambio, importantes estudios que han demostrado que la utilización conjunta de la farmacoterapia y ciertos tipos de psicoterapia (como la terapia interpersonal de la depresión y la terapia cognitivo conductual de la depresión), incrementa significativamente las tasas de remisiones. Otra constatación que se ha realizado es que las depresiones se cronifican más de lo que se pensaba, y que tienen mayores tasas de recurrencias. Esto ha hecho que la atención se centre en la necesidad de realizar terapias de mantenimiento y en las pautas que se deben utilizar en las depresiones resistentes.

Otra tendencia actual es la de ampliar el ámbito de utilización de los antidepresivos a otros grupos diagnósticos distintos de los trastornos afectivos. Así, existen indicaciones reconocidas para muchos antidepresivos para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), los trastornos por angustia, las fobias, el síndrome de estrés postraumático, la bulimia, el trastorno por control de impulsos, etc.

## 2.2. Tipos de antidepresivos

Los principales tipos de antidepresivos que se utilizan actualmente son los siguientes:

- Tricíclicos y tetracíclicos (ADT), que se denominan así por su estructura química, que incluye como base dos anillos bencénicos unidos por un anillo central de siete elementos que le dota de una estructura tridimensional, que parece estar ligada a su actividad terapéutica.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), que agrupan a diversos principios, con diferentes estructuras químicas, que actúan en los receptores presinápticos de serotonina inhibiendo selectivamente su recaptación.

- Inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), que incluyen un principio que inhibe de forma no selectiva los receptores presinápticos de serotonina y noradrenalina al mismo tiempo.
- Inhibidores de la monoaminoxidasa irreversibles (IMAO) y reversibles (RIMA), cuya acción fundamental se centra en la inhibición de la encima monoaminoxidasa, encargada de la metabolización de las aminas biógenas tales como la serotonina, la noradrenalina o la dopamina. Esta inhibición puede ser irreversible e inespecífica, como ocurre en el caso de los IMAO clásicos, o bien selectiva y reversible, como ocurre con los RIMA.
- Noradrenérgicos y selectivamente serotoninérgicos (NaSSA), que a través de diversas acciones dan lugar a un incremento de la noradrenalina y la serotonina en el espacio intersináptico.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina (ISRN), cuya acción se limita fundamentalmente a la noradrenalina.
- Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (ISRD), que por el contrario, se dirigen a la dopamina.
- Agonistas melatoninérgicos (MTN).
- Multimodal: la vortioxetina tiene acción moduladora principalmente de la neurotransmisión serotoninérgica; pero adicionalmente modula los sistemas noradrenérgicos, dopaminérgicos, histaminérgicos, colinérgicos, GABAérgicos y glutamatérgicos.

Todos los tipos de antidepresivos tienen reconocida una acción antidepresiva, tanto para episodios leves como moderados o graves. En la clínica, esta acción terapéutica muestra muy pocas diferencias significativas, siendo el perfil de efectos secundarios o su actuación sobre otros síntomas concomitantes (ansiedad, insomnio, síntomas obsesivos, fobias, bulimia...) los que determinan el perfil diferencial de cada uno de los principios activos.

### **2.3. Mecanismo de acción**

Aunque no se conoce con certeza el mecanismo de acción responsable de su efecto antidepresivo, la mayoría de los fármacos de este grupo producen a corto plazo un incremento de neurotransmisores (fundamentalmente serotonina y noradrenalina) en el espacio intersináptico, dando lugar a medio plazo a una regulación a la baja (*down regulation*) en el número de receptores postsinápticos de estos neurotransmisores. Tanto estos efectos como las posibles modificaciones en la estimulación posterior del sistema de segundo mensajero son los que se han relacionado con la posible respuesta antidepresiva, que aparece a las dos o tres semanas de iniciado el tratamiento. En el cuadro 2.1 se recogen los mecanismos de acción concretos de cada uno de los principales grupos de antidepresivos.

Cuadro 2.1. *Mecanismo de acción de los antidepresivos*

<i>Grupo</i>	<i>Mecanismo de acción</i>
ADT	Reducen la recaptación de la noradrenalina y la serotonina y bloquean los receptores histamínicos y acetilcolínicos muscarínicos. Su primera acción da lugar, tras la administración repetida, a una regulación a la baja de los receptores postsinápticos, que se ha relacionado con su acción terapéutica. Su segunda acción es responsable de la mayor parte de sus efectos secundarios. La tianeptina tiene un mecanismo de acción peculiar: potencia, en lugar de disminuir, la recaptación de serotonina, y aumenta la actividad glutamatérgica en corteza e hipotálamo.
ISRS	Inhiben selectivamente la recaptación de serotonina; carecen de actividad agonista o antagonista sobre otros neurotransmisores, lo que explica el bajo número de efectos secundarios que presentan.
IRSN	Inhibe de forma no selectiva la recaptación de serotonina y noradrenalina, y en menor grado la de la dopamina.
IMAO	Inhiben de forma irreversible y no selectiva la monoaminoxidasa (MAO), que es una enzima que metaboliza aminas biógenas, tales como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina. Al disminuir su degradación aumenta los niveles de estas aminas en la sinapsis.
RIMA	Inhiben selectivamente la MAO-A de forma reversible.
NaSSA	Antagonizan selectivamente los receptores $\alpha$ -adrenérgicos presinápticos y esto incrementa la liberación de noradrenalina y serotonina. También bloquean algunos receptores serotoninérgicos (5HT <sub>2</sub> , y 5HT <sub>3</sub> ) y estimulan los receptores 5HT <sub>1A</sub> . Por esta razón se han clasificado como antidepresivos noradrenérgicos y selectivamente serotoninérgico (NaSSA).
ISRN	Inhiben selectivamente la recaptación de noradrenalina.
MTN	Agonistas de receptores de melatonina.
Multimodal	La vortioxetina tiene propiedades multimodales: inhibe la recaptación de serotonina, es agonista parcial y antagonista de diferentes subtipos de receptores serotoninérgicos. Además, modula la actividad de otros neurotransmisores.
ISRD	Aunque inhiben selectivamente la recaptación de dopamina, este no parece ser el mecanismo que explica su acción antidepresiva, que hasta ahora es desconocido.

En el cuadro 2.2 se hace un resumen de los neurotransmisores sobre los que actúan la mayor parte de los antidepresivos.

Cuadro 2.2. *Perfil neuroquímico de los antidepresivos*

<i>Fármaco</i>	<i>Serotonina</i>	<i>Noradrenalina</i>	<i>Dopamina</i>
Amitriptilina	++	++	+/-
Clorimipramina	+++	+/-	+/-
Imipramina	++	++	+/-
Maprotilina	+/-	+++	+/-
Nefazodona	++	+	+/-
Fluoxetina	+++	+/-	+/-
Sertralina	+++	+/-	+
Paroxetina	+++	+/-	+/-
Venlafaxina	+++	++	+
Bupropion	+/-	+	++
Reboxetina	0	++	0
Mirtazapina	++	+	-

## 2.4. Indicaciones

El 65% de las personas con un episodio depresivo mayor mejoran con antidepresivos, frente al 35% que mejoran con placebo. En un porcentaje alto, los cuadros depresivos recurren, por lo que es necesario hacer una terapia de mantenimiento. Aproximadamente el 75% de las personas que han tenido un episodio depresivo mayor presentan alguna recurrencia a lo largo de su vida. Algunos autores recomiendan que, después de tres episodios, se mantenga indefinidamente la terapia de mantenimiento con AD.<sup>11</sup>

Los factores clínicos que predicen una buena respuesta a los fármacos antidepresivos son:

- Antecedentes personales de buena respuesta en episodios previos.
- Antecedentes en familiares de primer grado de buena respuesta al tratamiento.
- Presencia de síntomas “somáticos” (CIE-10) o “con características melancólicas” (DSM-5), tales como: el empeoramiento matutino, el despertar precoz, la pérdida marcada de peso y apetito, la inhibición o agitación psicomotriz y la anhedonia marcada.

- Ideación delirante congruente con el humor.
- Personalidad premórbida normal.

Las indicaciones de los antidepresivos se recogen en los cuadros 2.3 a 2.5.

Los factores clínicos predictores de mala respuesta al tratamiento psicofarmacológico son:

- Depresiones atípicas.
- Distimias.
- Trastornos de personalidad asociados.
- Ideación delirante no congruente con el estado de ánimo.

A nivel psicosocial, los factores que se han asociado con una mayor cronicidad y tasas de recurrencia son:

- Dificultades o conflictos en las relaciones interpersonales.
- Baja autoestima.
- Bajo soporte social.

### Cuadro 2.3. *Indicaciones típicas de los antidepresivos*

---

#### Trastornos afectivos (F30)

- Episodios depresivos (F32)
- Trastorno depresivo recurrente (F33)
- Trastorno bipolar (F31)
  - Fase depresiva
  - Fase mixta
- Trastornos del humor persistentes (F34)
  - Ciclotimia
  - Distimia

#### Otros trastornos psicóticos

- Trastorno esquizoafectivo (F25) tipo depresivo o mixto
- Depresión postesquizofrénica (F20.4)

Trastornos del humor (afectivos) orgánicos, debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática (F06.3)

Trastornos del humor (afectivos) debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas (F1x.8)

---

Cuadro 2.4. *Otras indicaciones de los antidepresivos*

---

Otros trastornos afectivos

- Demencia de Alzheimer con depresión
- Demencia vascular con depresión
- Trastorno disfórico premenstrual (F59)
- Depresión posparto (F53)

Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación (F43) con ánimo deprimido

Otros trastornos psiquiátricos

- Trastornos neuróticos
  - Trastornos de ansiedad fóbica (F40)
  - Otros trastornos de ansiedad (F41)
  - Trastorno obsesivo compulsivo (F42)
  - Trastornos disociativos (de conversión) (F44)
  - Trastornos somatomorfos (F45)
- Otros trastornos neuróticos (F48)
- Trastornos no orgánicos del sueño (F51)
- Trastornos de la conducta alimentaria (F50)
- Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos (F63)
- Trastornos hiperkinéticos (F90)
- Trastornos asociados al consumo de cocaína, *craving* (F14.3)

Otras enfermedades

- Dolor crónico o intratable
- Síndrome de colon irritable
- Fibromialgias
- Enuresis

Algunos trastornos dermatológicos

---

Cuadro 2.5. *Indicaciones específicas de los antidepresivos*

<i>Grupo</i>	<i>Indicaciones específicas</i>
ADT	Depresión mayor Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) Crisis de angustia, con o sin agorafobia Trastorno de ansiedad generalizada Fobias Trastornos somatomorfos, dolor crónico Enuresis primaria

[.../...]



Cuadro 2.5. (Continuación)

<i>Grupo</i>	<i>Indicaciones específicas</i>
ISRS	Depresión TOC Crisis de angustia, con o sin agorafobia Fobia social Bulimia Trastorno de estrés postraumático
IRSN	Depresión mayor
IMAO	Depresión atípica; Fobias
RIMA	Depresión atípica
NaSSA	Depresión con ansiedad e insomnio
ISRN	Depresión mayor
MTN	Depresión mayor
Multimodal	Depresión
ISRD	Depresión; Deshabitación del tabaco

## 2.5. Fármacos del grupo

En el cuadro 2.6 se recogen los principios activos incluidos en cada uno de los tipos de antidepresivos descritos.

Cuadro 2.6. *Fármacos del grupo de los antidepresivos*

ADT	Amitriptilina Imipramina Clorimipramina Maprotilina Desipramina Nortriptilina Trazodona Nefazodona Mianserina Tianeptina
ISRS	Fluvoxamina Fluoxetina Paroxetina Sertralina Citalopram Escitalopram

[.../...]

Cuadro 2.6. (Continuación)

IRSN	Venlafaxina Duloxetina Desvenlafaxina
IMAO/RIMA	Fenelzina Tranilcipromina Moclobamida
NaSSA	Mirtazapina
ISRN	Reboxetina
ISRD	Bupropion
MTN	Agomelatina
Multimodal	Vortioxetina

## 2.6. Dosificación y formas de administración

Los ISRS tienen una curva dosis respuesta plana, esto es, más del 75% de las personas que responden lo hacen a la dosis inicial. En el caso de la fluoxetina, parece haber un efecto ventana terapéutica, es decir, por encima de una dosis determinada los efectos terapéuticos disminuyen. En general tienen una vida media larga, lo que permite la administración de la dosis una vez al día; esto es especialmente relevante en el caso de la fluoxetina, con una vida media que supera las 24 h y que además tiene un metabolito activo, la norfluoxetina, con una vida media aún mayor (cuadro 2.7).

Cuadro 2.7. Dosificación y formas de administración de los antidepresivos

Grupo	Principio activo	Dosis terapéutica	Formas de administración
ADT	Amitriptilina	75-300 mg/día	Oral (2 tomas/día), i.m.
	Imipramina	75-300 mg/día	Oral (2 tomas/día)
	Clorimipramina	75-300 mg/día	Oral (2 tomas/día), i.m., i.v.
	Maprotilina	100-225 mg/día	Oral (2 tomas/día)
	Nortriptilina	40-200 mg/día	Oral (2 tomas/día)
	Trazodona	50-300 mg/día	Oral (1-2 tomas/día)
	Tianeptina	25-37,5 mg/día	Oral (2-3 tomas/día)
	Mianserina	30-90 mg/día	Oral (2 tomas/día)

[.../...]

Parte II. Grupos psicofarmacológicos

Cuadro 2.7. (Continuación)

<i>Grupo</i>	<i>Principio activo</i>	<i>Dosis terapéutica</i>	<i>Formas de administración</i>
IMAO	Fenelcina	45-90 mg/día	Oral (2 tomas/día)
	Tranilcipromina	20-60 mg/día	Oral (2 tomas/día)
	Moclobamida	300-600 mg/día	Oral (2 tomas/día)
ISRS	Fluvoxamina	50-300 mg/d	Oral (2 tomas/día)
	Fluoxetina	10-60 mg/día	Oral (1 toma/día) (cápsulas, comprimidos, solución)
	Paroxetina	20-50 mg/día	Oral (1 toma/día)
	Sertralina	50-300 mg/día	Oral (1 toma/día)
	Citalopram	20-60 mg/día	Oral (1 toma/día)
	Escitalopram	5-20 mg/día	Oral (1 toma/día)
	IRSN	Venlafaxina	75-225 mg/día
Duloxetina		60-120 mg/día	Oral (1-2 tomas/día)
Desvenlafaxina		50-200 mg/día	Oral (1 toma/día)
ISRN	Reboxetina	8-12 mg/día	Oral (1 toma/día)
NaSSA	Mirtazapina	15-45 mg/día	Oral (1-2 tomas/día)
MTN	Agomelatina	25-50 mg/día	Oral (1 toma/día)
Multimodal	Vortioxetina	5-20 mg/día	Oral (1 toma/día)
ISRD	Bupropion	225-400 mg/d	Oral (1 toma/día)

## 2.7. Efectos secundarios

Se resumen en los cuadros 2.8 y 2.9.

Cuadro 2.8. *Efectos secundarios de los antidepresivos*

<i>Grupo</i>	<i>Efectos secundarios</i>
ADT	Anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, dificultades para la acomodación visual, dificultades en la micción, confusión, agravamiento del glaucoma), debidos al bloqueo $\alpha$ -adrenérgico (somnolencia, hipotensión postural, disfunción sexual), cardiovasculares (taquicardia, hipotensión, alteraciones en la conducción miocárdica, arritmias cardíacas), disminución del umbral para las convulsiones y aumento de peso.

[.../...]

*Antidepresivos*

Cuadro 2.8. *(Continuación)*

<i>Grupo</i>	<i>Efectos secundarios</i>
ISRS	Gastrointestinales (náuseas, flatulencia, diarrea), SNC (insomnio, inquietud, irritabilidad, agitación, temblores, cefaleas) y sexuales (eyaculación retardada, anorgasmia).
IRSN	Hipertensión, SNC (insomnio, sedación, nerviosismo, cefalea, piernas inquietas), anticolinérgicos (sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento, sudoración).
IMAO	Autonómicos (boca seca, mareo, estreñimiento, dificultades con la micción, hipotensión postural), SNC (cefalea, temblores, parestesias), edema en los tobillos, hepatotoxicidad y aumento de peso.
RIMA	Insomnio, náuseas, agitación y confusión.
NaSSA	Somnolencia, aumento de apetito y de peso, mareo.
ISRN	Insomnio, mareo, sudoración, sequedad de boca, estreñimiento, dificultades para la micción.
ISRD	Cefalea, convulsiones, insomnio, nerviosismo.
MTN	Aumento de transaminasas. Cefalea, mareo, insomnio, somnolencia, náuseas, molestias abdominales, dolor de espalda.
Multimodal	Náuseas, mareo, prurito, pérdida de apetito.

Cuadro 2.9. *Perfil de efectos secundarios de los antidepresivos más usados*

<i>Fármaco</i>	<i>Anticolinérgicos</i>	<i>Sedación</i>	<i>Insomnio</i>	<i>Hipotensión</i>	<i>Arritmia cardiaca</i>	<i>Gastrointestinal</i>	<i>Aumento de peso</i>
Amitriptilina	++++	++++	+/-	++++	+++	+/-	++++
Imipramina	+++	+++	+	++++	+++	+	+++
Clorimipramina	++++	++++	+/-	++	++	+/-	++++
Fluoxetina	0	+/-	++	0	+/-	+++	0
Paroxetina	+/-	+/-	+	0	+/-	+++	0
Sertralina	0	+/-	+	0	+/-	+++	0
Venlafaxina	+/-	+/-	++	0	+/-	+++	0
Nefazodona	+/-	+/-	0	++	+/-	++	+/-
Mirtazapina	+/-	+++	-	+/-	+/-	+/-	++++

## 2.8. Contraindicaciones

Se resumen en el cuadro 2.10.

Cuadro 2.10. *Contraindicaciones de los antidepresivos*

<i>Grupo</i>	<i>Contraindicaciones/Precauciones</i>
ADT	Glaucoma de ángulo estrecho, prostatismo, epilepsia, enfermedad cardíaca.
ISRS	Utilización de dosis más bajas en pacientes con insuficiencia hepática o renal.
IRSN	Hipertensión.
IMAO	Dietas ricas en tiramina, tirotoxicosis, feocromocitoma, ver interacciones farmacológicas, insuficiencia hepática, enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardiovascular, hipertensión.
RIMA	Hipertensión, insuficiencia hepática.
NaSSA	Enfermedades hepáticas o renales. Agranulocitosis.
ISRN	Epilepsia.
ISRD	Epilepsia, TOC.
MTN	Cirrosis hepática, hepatopatía, insuficiencia hepática.
Multimodal	Administración de IMAO en los 15 días previos.

## 2.9. Interacciones medicamentosas

De las interacciones medicamentosas que se recogen en cuadro 2.11 hay que destacar las causadas por la utilización conjunta de IMAO y el resto de los antidepresivos, ya que se produce un aumento importante de las aminas biógenas y puede desencadenar una crisis hipertensiva. Por este motivo dicha combinación está desaconsejada, y cuando se realiza un cambio de antidepresivo (de IMAO a otro antidepresivo y viceversa) debe hacerse un periodo de lavado (libre del fármaco) de al menos 2 semanas.

Cuadro 2.11. *Interacciones medicamentosas de los antidepresivos*

<i>Grupo</i>	<i>Interacciones medicamentosas</i>
ADT	Alcohol Anticolinérgicos IMAO Simpaticomiméticos Cimetidina
ISRS	IMAO Según el tipo de ISRS, tener cuidado en la administración conjunta con ADT, anticoagulantes orales (warfarina), fenitoina, clozapina, teofilina, litio, triptófano y alcohol
ISRN	IMAO Cuidado con litio y cimetidina
IMAO	Tiramina (algunos alimentos) Simpaticomiméticos (lo llevan muchos antigrupales y anestésicos) ADT ISRS Triptófano Venlafaxina Opioides
RIMA	Evitar simpaticomiméticos, ISRS, ADT, L-Dopa
NaSSA	IMAO Alcohol y otros sedantes
ISRN	IMAO
ISRD	IMAO
MTN	Ciprofloxacino Fluvoxamina
Multimodal	Alcohol, linezolid, IMAO

## 2.10. Información al paciente

En general se debe informar al paciente del retraso en la aparición de la respuesta terapéutica (variable según los fármacos, pero que oscila entre 2 y 4 semanas) frente a la aparición de los síntomas secundarios, que ocurre desde el principio, los efectos de potenciación que surgen cuando se consume alcohol y las precauciones especiales en grupos especiales, tales como ancianos, niños, embarazadas o lactantes (dismi-