

## Tratamiento de la depresión

R. Manzanera Escarti

*Kensington, Chelsea and Westminster Primary Care Trust. NHS Tower. St. Charles Hospital. Londres. Reino Unido.*

### INTRODUCCIÓN

La depresión es un proceso patológico complejo que afecta al individuo globalmente, esto es, en su dimensión biológica, psicológica y social. Es una enfermedad de expresión clínica polimorfa (síntomas físicos y emocionales) que produce una claudicación del sujeto en sus tres dimensiones. Entender la enfermedad según el modelo biopsicosocial de Engel<sup>1</sup> nos permite estructurar su tratamiento más racionalmente. El abordaje de la depresión será por lo tanto integral, utilizando recursos biológicos (farmacológicos y físicos), psicológicos (psicoterapéuticos) y sociales. El objetivo del tratamiento es triple: curación de los síntomas físicos y emocionales, corrección de las alteraciones neurofisiológicas e integración social. La intensa investigación en antidepresivos (AD) iniciada hace medio siglo con la introducción de los primeros inhibidores de la monoaminooxidasa y la imipramina, ha permitido obtener moléculas potentes y seguras y ha contribuido en el progresivo esclarecimiento de los mecanismos neurofisiológicos de los trastornos afectivos. Desde la imipramina, hasta la reciente introducción de la duloxetina, potente inhibidor mixto de la recaptación serotoninoadrenérgica, los fármacos AD no sólo han mejorado su perfil de seguridad y manejabilidad, sino que han sido factor decisivo en la progresiva implicación de los médicos de familia en el tratamiento y manejo del enfermo depresivo. Así constituyen herramientas más seguras y eficientes que permiten un manejo más cómodo y eficaz de los enfermos en su propio medio de salud.

Los tratamientos psicoterapéuticos también han mejorado considerablemente. Desde el psicoanálisis hasta la más reciente psicología cognitiva existe casi un siglo de intensa investigación psicoterapéutica. Pocas técnicas se han desarrollado específicamente para el tratamiento de la depresión, y de las desarrolladas no todas han demostrado experimentalmente su valor terapéutico. Técnicas con va-

lor demostrado son entre otras, la terapia cognitivo-conductual, siendo ésta la psicoterapia de elección.

A pesar de disponer en conjunto de potentes tratamientos, las tasas de recaída, recurrencia y tendencia a la cronicidad de estos enfermos siguen siendo muy altas<sup>2-4</sup>. Factores como la utilización inadecuada de los AD y el incumplimiento terapéutico contribuyen a este mal manejo.

Este artículo, desde un enfoque más práctico que teórico, pretende dar una visión actualizada y global del manejo de la depresión en Asistencia Primaria (APS), utilizando aquellos recursos avalados por la investigación experimental y la medicina basada en la evidencia.

### TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

Es el pilar fundamental del tratamiento, siendo el de elección en los cuadros de intensidad moderada y grave. Así mismo debe ser ofrecido a todo enfermo depresivo leve que no desee un abordaje psicoterapéutico o porque este último no sea posible por falta de recursos (situación común en nuestro medio)<sup>5-7</sup>.

Los fármacos AD son recursos terapéuticos eficaces, coste-efectivos, la mayoría seguros y de fácil manejo. Cuando son utilizados correctamente, esto es, a dosis antidepresiva eficaz y mantenidos durante todas las fases evolutivas de la enfermedad, ayudan a conseguir tasas de remisión sintomática y prevención de recaída y recurrencia en la gran mayoría de los enfermos<sup>2-7</sup>.

#### Fases del tratamiento farmacológico

Se distinguen tres fases correlativas:

1) Fase aguda: su objetivo principal es la remisión de los síntomas tanto físicos como emocionales y la mejoría del funcionamiento social del individuo. Tiene una duración estimada de 6 a 10 semanas; en ancianos se aconseja una duración superior entre 12-14 semanas<sup>7</sup>.

2) Fase de continuación: sus objetivos son eliminar los síntomas residuales, físicos y emocionales, y prevenir las recaídas. La duración del tratamiento oscila entre 6 a 12 meses. La persistencia de síntomas residuales tanto físicos como emocionales es un factor de mal pronóstico y aumenta la probabilidad de recurrencias de la enfermedad<sup>2-7</sup>.

Correspondencia: R. Manzanera Escarti.  
NHS Tower. St. Charles Hospital.  
Exmoor St.  
W106DZ London. UK.  
Correo electrónico: ricardoM@doctors.org.uk

3) Fase de mantenimiento: su objetivo principal es la prevención de recurrencias. La decisión de instaurar un tratamiento de mantenimiento es exclusivamente clínica, considerando la existencia o no de episodios previos, la duración de éstos y su gravedad. Existe controversia en cuanto a la duración óptima, si bien se aconseja tratar no menos de tres años, y en aquellos casos con dos o más recurrencias o bien cuando en alguno de los episodios hubo intento de suicidio, mantener el tratamiento de por vida<sup>6,7</sup>. La decisión de instaurar un tratamiento de mantenimiento debe ser tomada en conjunto con el psiquiatra de referencia. Tratamientos de duración superior a los tres años reducen el riesgo de recurrencia en un 70% de casos<sup>5</sup>.

El tratamiento de la depresión deberá seguir y completar las tres fases descritas anteriormente.

### Fármacos antidepresivos

Los AD se clasifican según su mecanismo global de acción en la transmisión aminérgica encefálica, siendo una clasificación más práctica que estrictamente farmacodinámica. Todos ellos mejoran la biodisponibilidad de uno o más neurotransmisores (NT) por uno o varios mecanismos: bloqueando receptores presinápticos o autorreceptores, estimulando receptores postsinápticos, bloqueando su recaptación desde la hendidura sináptica o bien inhibiendo las enzimas que los inactivan. El resultado final es aumentar la cantidad de NT en la sinapsis, mejorando la neurotransmisión aminérgica.

Un estudio exhaustivo de la farmacología de los AD se escapa claramente del objetivo de este artículo. El autor recomienda al lector interesado la consulta de la obra de St-hal sobre la farmacología de los trastornos afectivos<sup>8</sup>.

En la tabla 1 se resumen los aspectos farmacológicos de los AD más utilizados en APS.

Existen distintas características comunes a todos los AD de especial interés: el período de latencia y el síndrome de discontinuación. El período de latencia es el tiempo que transcurre hasta aparecer la mejoría clínica. Oscila entre cuatro y ocho semanas.

El síndrome de discontinuación o retirada se observa tras la supresión brusca del fármaco. Se manifiesta con la aparición brusca de sintomatología física (diarrea, náuseas, mareos, temblores, cansancio, dolores musculares, etc.) y emocional (ansiedad, irritabilidad, humor depresivo, insomnio, etc.). Puede durar desde varios días a varias semanas. La instauración del fármaco controla la sintomatología en la mayoría de los casos. No existe una relación clara entre tipo de AD y la gravedad del cuadro<sup>8</sup>. Se asocia a todos los AD. Se evita con la disminución progresiva del fármaco. Tanto la existencia del período de latencia como del síndrome de discontinuación deben ser comentados al enfermo antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Especial cuidado cuando se intercambien AD, riesgo de interacciones.

### Fármacos adyuvantes

Se utilizan en aquellas formas de depresión que no responden adecuadamente a los AD o en ciertas formas de

depresión atípica. Deben de ser instaurados por el psiquiatra o bien supervisados por éste. Son fundamentalmente tres tipos: estabilizadores del humor, neurolépticos y hormona tiroidea<sup>5,8</sup>.

Del grupo de los estabilizadores del humor el mejor conocido es el litio. Éste tiene propiedades antidepresivas y antimaniacas. Se utiliza junto a AD cuando no existe una respuesta adecuada a estos últimos. Se utiliza en la prevención de fases depresivas y maniacas en el tratamiento del trastorno bipolar. Tiene una estrecha ventana terapéutica y gran potencial de interacciones medicamentosas. Sus efectos secundarios son numerosos y en sobredosis produce toxicidad grave<sup>8</sup>. Todo depresivo tratado con litio debe ser monitorizado con litemias periódicas para mantener un nivel óptimo terapéutico que oscile entre 0,6 a 1 mEq/ml, con especial cuidado a los fármacos previamente prescritos para evitar interacciones.

Ciertos anticonvulsivantes como son la carbamazepina, ácido valproico y lamotrigina tienen acciones estabilizantes del humor. Se utilizan cuando el litio está contraindicado o como alternativa a éste. La lamotrigina tiene acciones antidepresivas y algunos autores la utilizan como tratamiento de la depresión bipolar<sup>5,7,8</sup>.

La hormona tiroidea se ha venido utilizando en ciertos cuadros que no respondían inicialmente a AD. Debido a su potencial tóxico su utilización es exclusiva del psiquiatra y en gradual desuso.

Los neurolépticos, sobre todo los de nueva generación como la risperidona, olanzapina, quetiapina, aripiprazole, etc., se utilizan tanto en el tratamiento de la depresión psicótica como en el tratamiento de refuerzo de ciertos AD en los cuadros resistentes o atípicos.

### Otros fármacos

Son aquellos que sin tener actividad antidepresiva se utilizan para el control de dos síntomas asociados muy frecuentes: la ansiedad y el insomnio. Estos dos síntomas deben ser tratados debidos al gran estrés físico y emocional que producen. Su tratamiento de elección son las benzodiazepinas (BDZ). Tan pronto se controlen estas manifestaciones, deben de reducirse progresivamente hasta su retirada. En ancianos se recomienda la utilización de BDZ de vida media ultracorta. Las BDZ no tienen actividad antidepresiva y por lo tanto no deben ser utilizadas como único tratamiento de la depresión. Deben ser prescritas con cautela por su posible toxicidad en sobredosis y su potencial adictivo.

## TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

### Tratamiento psicológico o psicoterapéutico

Constituye una pieza fundamental en el tratamiento del enfermo depresivo. Debe considerarse en cualquier esquema terapéutico como tratamiento de elección en aquellas formas de depresión leve, o bien como complemento al tratamiento farmacológico en las formas moderadas o graves<sup>6,7</sup>.

La historia de la psicoterapia es prácticamente paralela a la historia propia de la psicología médica, existiendo tan-

Tabla 1. Clasificación de antidepresivos, tipos, dosis y comentarios especiales

Grupo farmacológico	Mecanismo de acción	Dosis (mg/día)	Comentarios
<b>ISRS<sup>a</sup></b> Fluoxetina Paroxetina Fluvoxamina Sertralina Citalopram Escitalopram	Inhiben la recaptación de serotonina (acción principal)	20-40 20-40 100-250 50-200 20-40 10-20	Fármacos muy bien tolerados. Seguros en sobredosis. Sus principales efectos secundarios son gastrointestinales (náuseas, diarrea, etc.) Producen disfunción sexual, sobre todo la paroxetina. La paroxetina y la sertralina son más sedativas. La fluoxetina es la de vida media más larga y es más estimulante que sedativa. El citalopram es el inhibidor más selectivo con menor potencial de interacción farmacológica. El escitalopram es una forma racémica del citalopram. Leve potencial cardiotoxico. No producen aumento de apetito. Pueden producir el llamado síndrome hiperserotoninérgico (diarrea, acatisia, temblores, hipertermia, agitación, etc.) que es raro pero grave. Son bien tolerados en sobredosis. Pueden producir hemorragia por alteración de la coagulación
<b>IRNS ("duales")<sup>b</sup></b> Venlafaxina Duloxetina	Inhiben la recaptación de serotonina y adrenalina (acción principal) debido a la inhibición de sus transportadores	75-225 60-120	Fármacos potentes. La mayoría de efectos secundarios son gastrointestinales y bien tolerados (náuseas, sequedad de boca, estreñimiento, etc.). A dosis altas la venlafaxina puede producir aumento de la tensión arterial y cardiotoxicidad en sobredosis. Producen moderada disfunción sexual. Duloxetina es más específica que venlafaxina actuando como fármaco dual ya en su dosis mínima antidepresiva
<b>ATC (clásicos)<sup>c</sup></b> Amitriptilina Clomipramina Imipramina Maprotilina	Inhiben la recaptación de varios NT (serotonina, noradrenalina y dopamina). Todos tienen un gran efecto inhibidor colinérgico	100-300 100-250 100-300 75-200	Potentes a dosis altas. Gran secundarismo, sobre todo anticolinérgico (sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria, etc.) Gran riesgo cardiotoxico y letalidad en sobredosis. Moderada disfunción sexual. Ganancia de peso. No deben ser empleados como tratamiento inicial de la depresión Asistencia Primaria
<b>Fármacos mixtos</b> Mirtazapina Mianserina Trazodone	Actúan bloqueando autorreceptores alfa2 y serotoninérgicos. Incrementan indirectamente la transmisión noradrenérgica y serotoninérgica	30-60 30-120 200-600	Son bien tolerados. Tienen un perfil sedativo. Producen escasa disfunción sexual. Posible ganancia de peso. La mianserina puede producir alteraciones sanguíneas (agranulocitosis). La mirtazapina puede producir importante ganancia de peso en algunos sujetos
<b>IMAO<sup>d</sup></b> <i>Irreversibles</i> Fenelzina Tranilcipromina Isocarboxazid	Inhibición irreversible de la monoaminoxidasa		Debido a su gran toxicidad y potencial de interacciones alimenticias y medicamentosas son uso exclusivo del psiquiatra
<i>Reversibles (RIMA)<sup>e</sup></i> Moclobemida	Inhibición reversible de la monoaminoxidasa tipo A	300-600	Fármaco potente que exige monitorización por su potencial de interacciones. Mejor tolerado que los IMAO irreversibles. De utilización en asistencia primaria
<b>ISRN<sup>f</sup></b> Reboxetina	Inhibe selectivamente la recaptación de noradrenalina	4-12	Fármaco bien tolerado. Sus efectos secundarios más destacados son la agitación y el insomnio. Mínimos efectos secundarios gastrointestinales

<sup>a</sup>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina. <sup>b</sup>Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina. <sup>c</sup>Antidepresivos tricíclicos. <sup>d</sup>Inhibidores de la monoaminoxidasa. <sup>e</sup>Inhibidores reversibles de la monoaminoxidasa tipo A. <sup>f</sup>Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina. ISRS: inhibición selectiva de la recaptación de serotonina; NT: neurotransmisores; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; ATC: antidepresivos tricíclicos.

tas formas de psicoterapia como de escuelas doctrinales; de hecho cada escuela doctrinal ha desarrollado su propia forma de psicoterapia. Sin embargo, la historia de la psicoterapia centrada en el tratamiento de la depresión es relativamente reciente y sometida a mayor escrutinio experimental.

Entre otras, las técnicas psicoterapéuticas que han demostrado experimentalmente ser de valor en el tratamiento de la depresión son: psicoterapia psicoanalítica breve,

psicoterapia interpersonal, psicoterapia de solución específica de problemas y la terapia cognitivo-conductual (TCC). De todas, la mejor conocida y más evaluada experimentalmente es la TCC<sup>9</sup>, por lo que se la considera el tratamiento psicoterapéutico de elección en los cuadros depresivos.

La TCC tiene su fundamento doctrinal en la moderna psicología cognitiva desarrollada en la década de los setenta del siglo pasado por Beck<sup>10</sup>.

La psicología cognitiva postula que toda expresión emocional y su conducta relacionada van precedidas de un pensamiento o creencia que actúa como desencadenante conductual. Así, nuestras emociones son fruto de nuestros pensamientos. Por lo tanto, la depresión sería fruto de nuestra manera de ver la vida, de vernos a nosotros mismos y de cómo entendemos nuestras relaciones con los demás. Si bien esta concepción doctrinal no explica el enfermar psicológico en su globalidad, supone un acercamiento claro y práctico que huye del concepto del subconsciente como origen de la enfermedad y otorga al sujeto un papel activo tanto en el enfermar como en la modificación de sus síntomas.

La TCC es cada vez más usada en el tratamiento de los trastornos depresivos, de ansiedad y de personalidad. Puede administrarse con o sin fármacos en cualquier fase del tratamiento del trastorno depresivo<sup>9,10</sup>.

### Preparaciones herbales

Ciertas preparaciones herbales, como el *Hypericum perforatum* (hypérico, St. John's Wort), están ganando popularidad como tratamientos no farmacológicos alternativos para el tratamiento de la depresión. El *Hypericum* contiene un conjunto heterogéneo de alcaloides, de los cuales algunos han demostrado tener actividad antidepressiva. Esta acción antidepressiva parece ser debida en gran medida a la inhibición de la recaptación de serotonina. Estos alcaloides se metabolizan vía citocromo P450, por lo que presentan múltiples interacciones farmacológicas que pueden provocar toxicidad grave. Las preparaciones de hypérico disponibles en el mercado difieren entre ellas en el tipo y dosis de alcaloides que contienen y en la preparación. Esta falta de homogeneidad ha sido fundamental a la hora de desaconsejar su uso como tratamiento de las depresiones leve y moderada<sup>6,7</sup>. Hacen falta más estudios clínicos donde se utilicen preparaciones homogéneas estándar de *Hypericum* y compararlas no sólo con placebo sino con diferentes AD, antes de poder racionalmente indicar su uso en el tratamiento de cualquier forma de depresión<sup>11,12</sup>. Así mismo, es importante transmitir la idea de que estos compuestos no están exentos de contraindicaciones y que poseen potencial de interactuar con tratamientos tales como antiepilépticos, BDZ, contraceptivos hormonales, digoxina, omeprazol, anticoagulantes orales, antirretrovirales, etc., pudiendo ser causa de toxicidad grave.

### Tratamientos físicos

Son la terapia electroconvulsivante (TEC), la luminoterapia y la estimulación magnética transcraneal (EMT).

La TEC, a pesar de su mala prensa social, constituye un recurso terapéutico de indudable valor. Es el tratamiento de elección en formas graves de depresión psicótica, en la depresión grave durante el embarazo, en aquellas que estén contraindicados los fármacos o no haya respuesta a ellos y en cuadros de mutismo acinético graves. La respuesta a la TEC aunque rápida no es duradera, por lo que se debe continuar con el tratamiento farmacológico. Se administra a nivel hospitalario bajo anestesia general en dife-

**Tabla 2. Recomendaciones prácticas en el tratamiento del enfermo depresivo en Asistencia primaria**

1. Valorar al paciente como conjunto biopsicosocial
2. Dar una explicación clara de la enfermedad, de sus riesgos y sus posibilidades terapéuticas
3. Explorar abiertamente la ideación suicida y entender las preocupaciones fundamentales del sujeto
4. Ofrecer un esquema terapéutico que contemple todas las posibilidades. Sugerir los recursos
5. Escuchar las preferencias del sujeto: no imponer el tratamiento, pactarlo
6. Información clara y precisa sobre los remedios herbales y los tratamientos alternativos
7. Explorar abiertamente la función sexual
8. Controlar periódicamente al sujeto, vigilando tolerabilidad y compliance
9. Reforzar la idea de adherencia al tratamiento y explicar claramente los riesgos del abandono
10. Derivación al Equipo de salud mental si no hay respuesta o en cualquier momento que sea preciso o lo solicite el enfermo

rentes sesiones. Sus efectos secundarios más frecuentes son la confusión postsesión, la alteración de memoria anterógrada y retrógrada, todos de carácter leve. La EMT no provoca alteraciones de memoria ni convulsiones y constituye una alternativa válida a la TEC<sup>13</sup>. La luminoterapia se utiliza en el tratamiento del trastorno afectivo estacional con buenos resultados. Los tratamientos físicos se deben completar con fármacos AD.

## TRATAMIENTO GLOBAL DEL ENFERMO DEPRESIVO

El tratamiento de la depresión debe individualizarse, ofreciendo un esquema terapéutico que contemple todos los recursos efectivos disponibles, y en donde el sujeto desempeñe un papel activo en su elección. El pacto terapéutico entre el profesional, el enfermo y su entorno es de suma importancia en el buen manejo del trastorno depresivo. Ayuda al enfermo a entender su enfermedad dándole un valor activo en la elección de su tratamiento, consiguiendo de esta forma una mayor adherencia terapéutica, la cual es fundamental para la resolución de su enfermedad. La tabla 2 resume un conjunto de puntos claves en el manejo del enfermo depresivo en APS.

### Tratamiento de la depresión leve

Si se dispone de recursos adecuados y el enfermo lo prefiere, los tratamientos psicológicos, y entre ellos la TCC, son los de primera elección. Si no se dispusiera de recursos o bien el sujeto no quisiera someterse a psicoterapia, lo trataremos con fármacos AD a dosis antidepressiva durante las tres fases correlativas del tratamiento ya nombradas. TCC y AD no son excluyentes, por lo que pueden utilizarse conjuntamente. La utilización conjunta es eficaz tanto para el tratamiento en sí, como en la prevención de recurrencias<sup>6,7,9</sup>. Se desaconseja el uso de preparaciones herbales y/o BDZ como tratamiento antidepressivo.

### Tratamiento de la depresión moderada y grave

Los AD son el tratamiento de elección en la depresión moderada y en la grave. Los tratamientos psicológicos serían de primera elección si el enfermo se negara a ser tratado con AD o simplemente porque prefiriera la psicoterapia. Si los AD estuvieran contraindicados, en aquellas formas psicóticas graves o depresiones resistentes, la terapia física es de elección (TEC, EMT)<sup>6-8</sup>. En cualquier momento evolutivo de la enfermedad puede iniciarse un tratamiento psicológico con TCC. El TCC es de gran valor en el manejo de las formas resistentes y en aquellas con tendencia a la cronicidad. La terapia combinada (TCC y AD) ha demostrado ser eficaz en la prevención de recurrencias del trastorno depresivo mayor<sup>6,7,9</sup>. A todo enfermo con trastorno depresivo se le deben ofrecer todos los recursos sociales disponibles (cobertura laboral, grupos de autoayuda, asistencia social) para lograr un mejor funcionamiento global y sociolaboral.

### Tratamiento en situaciones clínicas especiales

#### Niños y adolescentes

Los trastornos depresivos en esta población son frecuentes y difíciles de manejar, por lo que son de exclusiva competencia del psiquiatra y del psicoterapeuta. El tratamiento de elección de estos cuadros es el psicoterapéutico. La fluoxetina ha demostrado ser eficaz y segura en el tratamiento de la depresión en esta población<sup>6-8</sup>.

#### Embarazo y lactancia

Si el primer episodio aparece durante el embarazo y es de carácter leve puede intentarse, si existieran recursos disponibles, el tratamiento psicológico. Si por cualquier razón se decidiera tratar farmacológicamente, se aconseja consultar con el psiquiatra y/o el ginecólogo previamente. La fluoxetina ha demostrado ser eficaz y segura. Si la depresión es grave su manejo es exclusivo del psiquiatra, al igual que lo es la depresión posnatal.

#### Disfunción sexual

Las alteraciones en la función sexual en general pueden ser parte de la enfermedad depresiva y frecuentemente consecuencia del tratamiento con ciertos fármacos AD. Son motivo de abandono precoz del tratamiento y por lo tanto indicadores de riesgo de falta de adherencia terapéutica. Debe ser explorada sistemáticamente en las consultas iniciales y durante la evolución de la enfermedad. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) producen frecuentemente alteraciones sexuales (falta de libido, anorgasmia, retardo eyaculatorio y disfunción eréctil). Los IRNS producen menor disfunción. La mirtazapina produce escasas alteraciones sexuales, si bien en ciertos casos la ganancia de peso como efecto secundario puede desaconsejar su empleo. Si se presenta disfunción sexual es buena práctica cambiar el antidepresivo original por uno de familia diferente, aunque no siempre se consigue mejorar la alteración<sup>7,8</sup>.

#### El anciano

Las personas mayores son más propensas a presentar efectos secundarios a los fármacos AD<sup>8</sup>. Se aconseja la utiliza-

ción de fármacos de bajo poder cardiotoxico, como son los ISRS, la duloxetina y la mianserina. Se aconseja instaurar el tratamiento a dosis más bajas y escalonarlo progresivamente. Los ancianos suelen responder más lentamente a los fármacos AD, por lo que se aconseja tratar durante períodos de tiempo más prolongados<sup>5-8</sup>. El insomnio y la agitación deben tratarse. Las BDZ deben utilizarse con cautela pues una sedación excesiva aumenta el riesgo de sufrir caídas y puede provocar síndrome confusional. En aquellos cuadros que cursan con agitación, sobre todo nocturna, la mianserina y la trazodona son buenas opciones terapéuticas.

#### Paciente cardiovascular

La depresión es un factor de mal pronóstico en el enfermo cardiovascular, aumentando la probabilidad de nuevos eventos. Toda depresión en enfermos cardiovasculares debe ser tratada, pues mejora la supervivencia y la calidad de vida<sup>6,7</sup>. Los fármacos de baja toxicidad cardiovascular son los de elección, aconsejándose la utilización de ISRS e IRNS. La venlafaxina puede producir incrementos de la presión arterial. En sobredosis puede producir alteraciones cardíacas graves, por lo que se aconseja monitorización de la presión arterial y electrocardiograma antes de iniciar el tratamiento<sup>7</sup>. La duloxetina es una buena alternativa para el tratamiento de la depresión en esta población al no poseer efectos importantes sobre la presión arterial o el ritmo cardíaco<sup>5</sup>.

#### El paciente depresivo con predominancia de los síntomas físicos

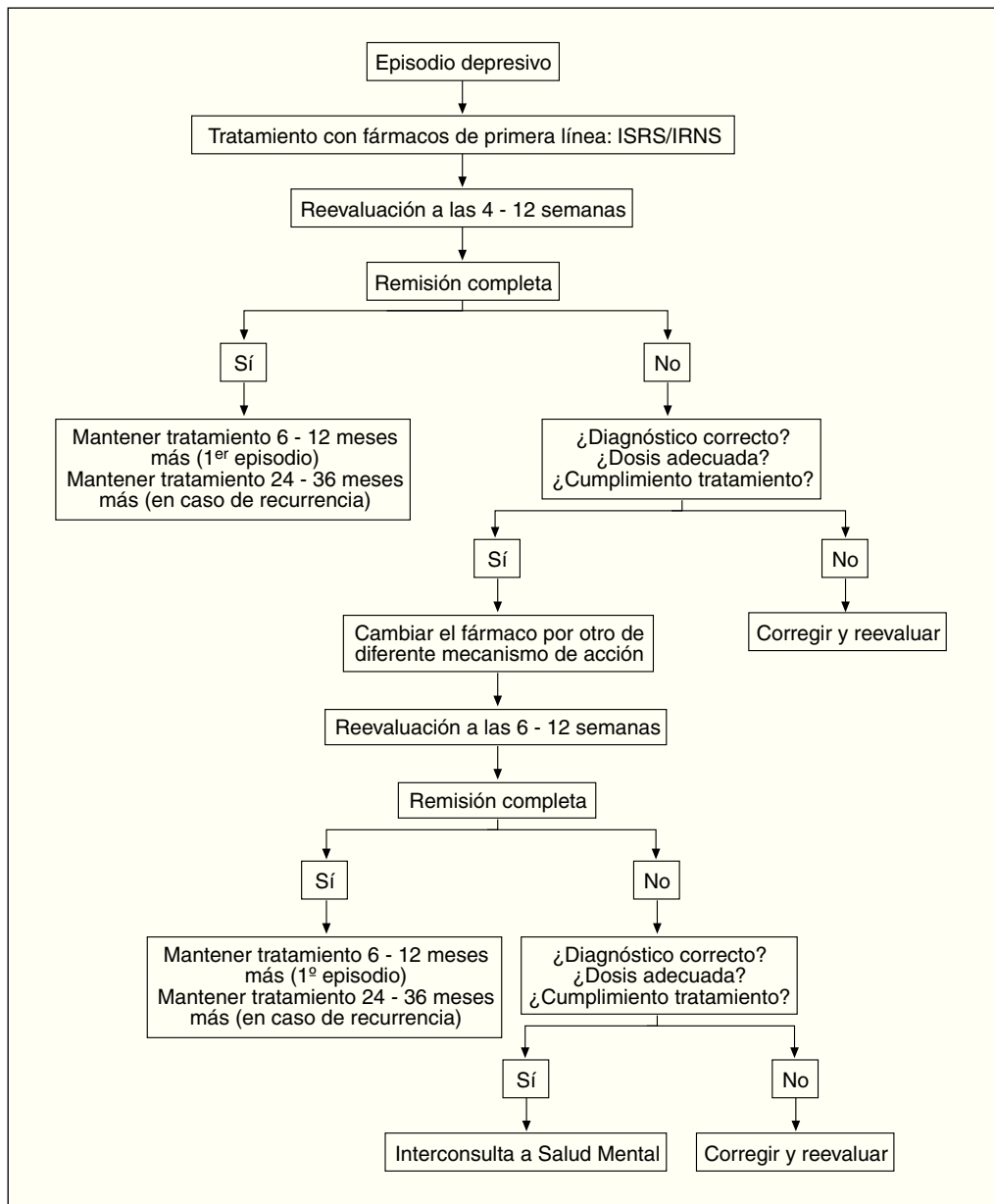
El dolor, las molestias vagas y erráticas y el cansancio general son síntomas muy comunes en el trastorno depresivo. Los IRNS son el tratamiento de elección cuando el síntoma predominante es el dolor<sup>8</sup>. La duloxetina ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la fibromialgia en sujetos con o sin depresión asociadas; también es efectivo en el tratamiento de la neuropatía diabética<sup>14,15</sup>.

#### El paciente polimedicado

Mención especial merece el paciente polimedicado debido al potencial de interferencias medicamentosas. Antes de instaurar un tratamiento farmacológico es importante hacer una revisión exhaustiva de la medicación de base y elegir aquel AD que no interfiera con ella. Se deberá tener especial vigilancia de aquellos fármacos que se metabolizan en el hígado vía citocromo P450. Evitar ISRS en aquellos enfermos con riesgo de hemorragia como son los anticoagulados y los enfermos de úlcera péptica activa. Individualizar el tratamiento evitará en gran medida la existencia de interacciones.

#### Depresión resistente y depresión crónica

Son cuadros de manejo complicado que precisan de la utilización de varios recursos terapéuticos combinados, generalmente farmacoterapia con psicoterapia, y en algunos casos más graves tratamientos físicos (TEC). Son de manejo del equipo de salud mental.



**Figura 1.** Algoritmo para el tratamiento de los trastornos depresivos en Atención Primaria. Se recomienda iniciar el tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) o IRNS o cualquier otro fármaco no tricíclico. Vistas de seguimiento a la segunda y cuarta semana, luego mensualmente. Reforzar compliance, vigilar efectos secundarios o interacciones. El TP/TCC puede instaurarse en cualquier fase del tratamiento. Derivar al psiquiatra si no hay respuesta o mal manejo. TP: tratamiento psicoterapéutico; TCC: terapia cognitivo-conductual.

La figura 1 muestra un esquema general del manejo del enfermo depresivo en APS.

## ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

El abandono del tratamiento farmacológico en cualquiera de sus tres fases es uno de los factores implicados en el fracaso terapéutico y en la elevada tasa de recaídas y recurrencias que se observan en el enfermo depresivo en general<sup>2-8</sup>. El estudio de los factores que influyen en la mala

adherencia del paciente depresivo al tratamiento prescrito es relativamente frecuente y escaso<sup>16</sup>. Los estudios coinciden en que el hecho fundamental por el cual un paciente abandona el tratamiento es debido al hecho de “sentirse mejor” y en menor grado debido a efectos secundarios, falta de eficacia o miedo a la dependencia. Las cifras son desalentadoras: el 40% de los pacientes abandona el tratamiento en las fases iniciales, y de los que lo siguen el 60% lo hace sin completar la fase de mantenimiento<sup>4</sup>.

El tratamiento de la depresión no sólo consiste en ofrecer un esquema terapéutico eficaz y adecuado, sino en lo-

grar que el enfermo se adhiera a éste durante todas sus fases. La información completa sobre la enfermedad y los riesgos de no tratarla adecuadamente, dados claramente al paciente, son sin duda la mejor arma contra el fracaso terapéutico debido al incumplimiento<sup>16</sup>.

## AGRADECIMIENTOS

A D.<sup>a</sup> Celeste Ibáñez Tarín, psicóloga especialista en terapia cognitivo-conductual, por su inestimable colaboración y asesoramiento sobre tratamientos psicológicos en la depresión.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Engel George L. The need for a new medical model. *Science*. 1977; 196:129-36.
2. Kupfer DJ. Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(5S):28-34.
3. Tratamiento farmacológico de la depresión en asistencia primaria. *Boletín terapéutico andaluz*. Vol. 16; 1999.
4. Caballero MF, Caballero ML. Importancia de la prevención de recaídas y recurrencias en la depresión. *Salud global*. Vol. 5; 2005.
5. Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med*. 2005;353:1819-34.
6. Anderson IM, Nutt DJ, Deakin JFW. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993 British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacology*. 2000;14(1):3-20.
7. National Institute for Clinical Excellence. Depression: Management of depression in primary and secondary care. Core guideline 23;2004.
8. Sthal SM. *Essential Psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. 1st ed. Cambridge University Press; 2000.
9. Stuart J, Blecke D, Remfrow M. Cognitive Therapy for Depression. *Am Fam Physician*. 2006;73(1):83-6.
10. Beck A, Rush A. Cognitive therapy. En: Kaplan H, Sadock B, et al, editors. *Comprehensive textbook of psychiatry*. 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. p. 1849-50.
11. Linde K, Ramírez G, Mulrow CD, Pauls A, Weidenhammer D, Melchart D. St. John's wort for depression-an overview and meta-analysis of randomized clinical trials. *BMJ*. 1996;313(7052):253-8.
12. Linde K, Mulrow CD, Berner M, Egger M. St. John's Wort for depression. (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, issue 3, 2004 chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
13. Gershon AA, Dannon PN, Grunhaus L. Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(5):835-45.
14. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wohlreich M, Detke MJ, Ivengar S. A double-blind, multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the treatment of fibromyalgia of patients with or without major depressive disorder. *Arthritis Rheum*. 2004;50(9):2974-84.
15. Raskin J, Prietchett YL, Wang F, D'Souza DN, Waninger AL, Iyengar S. A double-blind randomized multicenter trial comparing duloxetine with placebo in the management of diabetic peripheral neuropathic pain. *Pain Med*. 2005;6(5):346-56.
16. Demyttenaere K, Emlin P, Dewe W, Boulanger B, De Bie J, De Troyer W. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry*. 2001;62 Suppl 22:30-3.