

Tratamiento de la depresión en comorbilidad y en situaciones complicadas

R. Manzanera-Escarti

Kensington and Chelsea PCT, St Charles Hospital, London.

INTRODUCCIÓN

Como médicos de familia (MF) hacemos frente a multitud de presentaciones clínicas abigarradas, en donde lo común es encontrar en un mismo sujeto distintas expresiones patológicas (físicas y/o somáticas) de mayor o menor intensidad y con mayor o menor repercusión en la calidad de vida de los que las sufren y sus familiares.

En Atención Primaria (AP) la patología no se nos presenta en estado puro, ni típica, ni aisladamente (a diferencia de cómo la estudiamos en los tratados). Es más, la coexistencia en un mismo individuo de varios cuadros físicos y/o emocionales (comorbilidad) es un hecho al que asistimos con frecuencia y que dificulta el manejo de los enfermos. Es precisamente el MF el que hace frente a esta situación de pluripatología, manejando al sujeto en su totalidad biopsicosocial.

La comorbilidad entre enfermedades mentales y/o físicas es frecuente y en AP es la forma de presentación que más comúnmente nos encontramos. Estos pacientes son más demandantes, utilizan más recursos, complimentan peor los tratamientos, tienen mayor morbilidad y, por encima de todo, sufren y hacen sufrir más.

En este capítulo, basándonos en supuestos prácticos comunes producidos en nuestras consultas o en pacientes perfil, se aborda el tratamiento de la depresión en comorbilidad y/o en otras situaciones especiales. Se describen los recursos farmacológicos y psicoterápicos que se pueden fácilmente utilizar en el abordaje integral del enfermo con depresión comórbida (DC) en AP (tabla 1)

DEPRESIÓN EN COMORBILIDAD CON OTROS TRASTORNOS MENTALES

La comorbilidad entre distintos trastornos mentales es frecuente y produce mayor morbilidad que los trastor-

nos por separado. En AP las presentaciones más frecuentes son la depresión asociada a trastornos de ansiedad (DC) y las formas de ansiedad que acompañan a casi todos los trastornos mentales. Los cuadros mixtos ansioso-depresivos son la forma más frecuente de presentación en nuestro medio, y aunque tratan de considerarse como categorías diferenciales, su manejo terapéutico es idéntico^{1,2}.

Depresión y ansiedad

Paciente perfil

Sujeto de mediana edad, habitualmente del sexo femenino, frecuentador. Historia de nerviosismo de larga evolución que se viene tratando con ciclos de benzodiazepinas (BDZ) y diferentes productos vitamínicos y herbales. No hay evidencia de organicidad. Acude con sintomatología claramente depresiva y agudización de los síntomas de ansiedad previos. El paciente es reticente a abandonar el tratamiento benzodiazepínico. Solicita analítica y que lo vea algún especialista.

La DC es un cuadro muy frecuente. Se estima que aproximadamente el 60% de los pacientes con trastorno depresivo mayor (TDM) presenta algún tipo de trastorno de ansiedad asociado, siendo el trastorno por ansiedad generalizada y el trastorno de pánico los más frecuentes. Los trastornos de ansiedad también presentan una comorbilidad muy elevada con los depresivos. El trastorno obsesivo-compulsivo se asocia frecuentemente al trastorno depresivo y la presencia de depresión complica su pronóstico.

La DC es más grave, tiene peor evolución y mayor cronicidad. Los enfermos con patología comórbida son más frecuentadores, consumen más recursos terapéuticos-asistenciales, presentan mayor iatrogenia medicamentosa y responden peor a la medicación antidepressiva. El consumo de alcohol es frecuente y complica el manejo. En conjunto presentan una mayor tendencia al suicidio, hecho que siempre debemos tener presente en el abordaje de estos casos.

El tratamiento recomendado para la DC es el combinado farmacológico y psicoterapéutico. Los antidepressivos (AD) son los fármacos de elección, y de ellos los inhibido-

Correspondencia: R. Manzanera-Escarti.
Kensington and Chelsea PCT.
St Charles Hospital, Exmoor street.
London W106DZ, UK.
Correo electrónico: ricardoM@doctors.net.uk

Tabla 1. Decálogo para el manejo del enfermo depresivo en Atención 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 herboles y los tratamientos alternativos
7. Explorar abiertamente la función sexual
8. Controlar periódicamente al sujeto, vigilando la tolerabilidad y la 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

res selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y los IRNS (duales) han demostrado su eficacia y mejor tolerabilidad que el resto de los grupos terapéuticos. En aquellos cuadros donde la sintomatología física es manifiesta, se recomienda tratar con antidepresivos duales (duloxetina, venlafaxina). El tratamiento psicoterapéutico, sobre todo el de orientación cognitivo-conductual (TCC), es de gran valor en el tratamiento de este cuadro y en la prevención de recaídas.

También existe una clara evidencia de que los pacientes con depresión con predominio de síntomas ansiosos y/o físicos se benefician con fármacos antidepresivos duales, siendo por tanto los de primera elección para estos casos¹.

La DC en trastorno obsesivo compulsivo (TOC) suele tratarse con fármacos de perfil serotoninérgico como son los ISRS y los inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (IRSN) (duales). La clomipramina, AD tricíclico, sigue todavía utilizándose, si bien se desaconseja como fármaco de inicio, reservándose para aquellos casos que no responden a los anteriores. La asociación de AD y TCC es particularmente efectiva en el tratamiento de estos enfermos, siendo por tanto su tratamiento de elección.

En casos donde se necesite de una ansiólisis rápida y como coadyuvante una terapia antidepresiva, podrán utilizarse BDZ. Se recomienda utilizarlas el menor tiempo posible y retirarlas progresivamente. Las BDZ no son el tratamiento de la depresión en ninguna de sus formas, y por lo tanto tampoco de la DC.

Depresión bipolar

Paciente perfil A

Paciente de mediana edad con antecedentes familiares y personales de depresión. Sin organicidad manifiesta ni abuso de drogas legales o ilegales. Acude a tu consulta por nerviosismo, agitación psicomotora con humor claramente expansivo y desproporcionado. Insomnio importante. Hace dos semanas el paciente inició un tratamiento antidepresivo con un ISRS.

Paciente perfil B

Paciente diagnosticado y tratado por un cuadro maniaco que desarrolla sintomatología depresiva (TDM). El paciente suspendió el tratamiento con litio hace tres meses debido al aumento de peso.

La depresión bipolar (DB) se presenta de forma parecida a la forma unipolar, por lo que frecuentemente son con-

fundidas en AP. Sin embargo, hay ciertos rasgos muy característicos de la DB como son: la existencia de antecedentes personales o familiares de patología afectiva (sobre todo maníaca), edad de aparición temprana, anhedonia marcada y, sobre todo, la propensión de estos enfermos a presentar cuadros hipomaniacos o francamente maniacos tras la administración de fármacos AD de cualquier tipo³. Este último hecho, frecuentemente observado en estos enfermos bipolares, explica por qué actualmente la DB se trata con fármacos no AD.

Tres grupos farmacológicos son efectivos en el tratamiento de la DB: el litio, los anticomociales (AC) y los neurolepticos atípicos (NA)^{1,3}.

Los fármacos AC (lamotrigina, carbamacepina, valproato y topiramato) son los más ensayados. Se deben pautar escalonadamente debido a sus posibles efectos secundarios e interacciones. Lamotrigina es el AC más estudiado, y se recomienda en monoterapia como tratamiento de la DB. Carbamacepina y valproato son eficaces como tratamiento preventivo para evitar ciclación, y a menudo se pautan cuando no se tolera el litio. A las mujeres en edad fértil y sometidas a estos tratamientos anticomociales y/o con litio hay que recomendar evitar el embarazo y, de producirse, deben ser remitidas inmediatamente al especialista para realizar una valoración fetotóxica.

El litio posee propiedades antidepresivas, y para muchos sigue siendo el tratamiento de elección de la DB con o sin manía manifiesta^{1,3}. Es efectivo en el tratamiento de la fase maníaca y de la depresiva, así como para prevenir las recaídas. Es un fármaco con una estrecha ventana terapéutica (0,6-1,2 Meq/l). El paciente en tratamiento con litio debe seguir controles anuales de la función tiroidea y renal, así como litemias periódicas. El litio interacciona con muchos productos de farmacia y parafarmacia (hipérico o hierba de San Juan). Produce, entre otros efectos, ganancia de peso, por lo que dificulta su manejo y adherencia.

Actualmente están en marcha diferentes ensayos clínicos con fármacos NA y/o en combinación con antidepresivos para el tratamiento de la DB. La combinación fluoxetina y olanzapina ha sido ensayada con resultados positivos.

Cuando un paciente al que se le ha pautado un antidepresivo presente alteraciones de tipo hipomaniaco de duración superior a las 48 horas, y que no se deban al consumo de drogas y/u otro desencadenante orgánico, se debe

primeramente consultar (consulta telefónica con posterior derivación con informe) al psiquiatra más accesible (del equipo de salud mental, Urgencias) y elaborar un plan terapéutico. Reducir el AD hasta la retirada, administrar un ansiolítico BDZ para el alivio de la agitación y la ansiedad, y posteriormente introducir un nuevo agente terapéutico como el litio, AC o neurolepticos. La DB es un cuadro de manejo conjunto entre el psiquiatra y el MF.

El tratamiento de la DB en un paciente previamente maniaco sigue esencialmente las mismas pautas anteriormente descritas.

El tratamiento cognitivo-conductual no sólo complementa la medicación AD en el manejo de la sintomatología, sino que ayuda a mejorar la adherencia del sujeto a las pautas terapéuticas. En sujetos jóvenes afectados de trastorno bipolar se aconseja el tratamiento combinado desde el inicio del proceso.

Depresión en el enfermo esquizofrénico

Paciente perfil

Sujeto joven con diagnóstico de esquizofrenia en tratamiento prolongado con neurolepticos y en remisión parcial de la sintomatología. Desempleado y con escasa integración social. Posible dualismo (alcohol, porros). Mala adherencia a la medicación.

La madre lo nota más apagado, casi no sale de su habitación, apenas casi come y fuma sin parar. Aspecto triste y de abandono. No se queja de oír voces ni está agitado.

La comorbilidad entre esquizofrenia y depresión (uni o bipolar) es frecuente, y como en otros casos empeora la evolución y el pronóstico de los pacientes, por lo que es importante detectarla y abordarla rápidamente. Sin embargo, estos cuadros por su complejidad son de manejo especializado y a menudo interdisciplinar.

El MF se debe centrar más en la detección precoz de la sintomatología depresiva, en la vigilancia del cumplimiento terapéutico, la provisión de recursos sociales y de ayuda a familiares o cuidadores. El 15% de los esquizofrénicos se suicidan, siendo a menudo factores desencadenantes, el consumo de drogas y la depresión.

El tratamiento de la depresión en estos enfermos se basa en la utilización de fármacos AD. Si no existe respuesta terapéutica a los AD o existen ideas de suicidio, el tratamiento será hospitalario, con terapia electroconvulsiva y medicación AD. El tratamiento cognitivo conductual ayuda en el manejo de la sintomatología depresiva en enfermos esquizofrénicos³⁻⁵.

Depresión en consumidores de alcohol y drogas ilegales

Paciente perfil

Varón de mediana edad con cuadro depresivo. Problemática sociolaboral (despido o separación como posibles desencadenantes). Sin antecedentes psiquiátricos claros ni frecuentación. Mala dinámica familiar y social.

La depresión es una complicación psiquiátrica muy frecuente en el alcohólico y/o consumidor de cocaína y cannabis. A veces la depresión actúa como factor desencadenante del consumo de estas sustancias. Los cuadros de DC

en estos casos son de difícil manejo, por lo que se impone un abordaje multidisciplinar (equipos de desintoxicación-manejo de adicciones y el MF).

El tratamiento combinado con AD y psicoterapia (TCC) es el de elección. Si sospechamos que existe consumo de alcohol debemos evitar el uso de BDZ. Antes de instaurar un tratamiento con AD debemos realizar una analítica general y hepática en particular. Los AD pueden utilizarse de manera segura siempre que no exista insuficiencia hepática. El tratamiento y seguimiento compartido entre el MF y el especialista es necesario. La DC asociada a alcoholismo es particularmente grave debido, entre otros factores, a las elevadas tasas de conducta suicida que se observan en estos enfermos.

El consumo crónico de cannabis y, sobre todo, de cocaína provoca cuadros depresivos graves y recurrentes. El tratamiento es el combinado. Hay que evitar el consumo de BDZ en estos sujetos y derivar al paciente a un equipo especializado.

Ante cualquier paciente con sintomatología depresiva y mala respuesta a los AD debe sospecharse un consumo paralelo de alcohol y/u otras drogas. Ante toda depresión en adolescentes o adultos jóvenes se debe investigar el posible consumo de sustancias.

Las ludopatías asocian con frecuencia cuadros depresivos. El tratamiento es el combinado de AD y TCC. El tratamiento de la patología de base adictiva se realiza a nivel especializado, pero el MF puede detectar e iniciar tratamiento AD en estos sujetos, utilizando los mismos recursos que en los casos puros.

España es el país europeo con mayor consumo de BDZ por tasa de habitantes (ansiolíticos e hipnóticos). La adicción a estos fármacos es frecuente y de muy difícil tratamiento. Los cuadros depresivos son muy frecuentes en estos enfermos. Ante la sospecha de una conducta adictiva debemos primeramente derivar al enfermo al equipo especializado. El tratamiento es el de la desintoxicación, normalmente en medio ambulatorio y con una terapia cognitivo-conductual. Los cuadros depresivos se tratan con AD con acción sobre ansiedad (ISRS, duales). El papel del MF está más relacionado con la prevención, por medio de la utilización racional y durante periodos cortos de estos fármacos, que en el tratamiento en sí.

DEPRESIÓN EN COMORBILIDAD CON CUADROS SOMÁTICOS

La asociación de patología depresiva y enfermedades orgánicas es muy frecuente en AP. La depresión actúa como factor de mal pronóstico en la evolución de la mayoría de las enfermedades crónicas. Así mismo, se considera como factor independiente de riesgo cardiovascular, empeora el control del diabético y/o hipertenso y, en conjunto, produce una merma en la calidad de vida de los sujetos.

Estos enfermos son atendidos por más de un especialista y frecuentemente en varios centros, sin que exista, en la mayoría de los casos, una comunicación entre los diferentes agentes implicados en su cuidado. El MF es una vez más el

elemento integrador de los recursos terapéuticos en el cuidado individual de los sujetos, con especial vigilancia y atención a la iatrogenia medicamentosa y al desarrollo de complicaciones. La depresión desgraciadamente es una de ellas.

La depresión en comorbilidad es frecuentemente infradiagnosticada, por lo que el desarrollo de programas de detección en poblaciones de alto riesgo (diabéticos, cardiopatas, pluripatológicos, ancianos y sujetos polimedicados) debe ser prioritario. El tratamiento adecuado de la DC mejora el pronóstico global de los enfermos crónicos y su calidad funcional¹.

Depresión y riesgo cardiovascular

Antes de iniciar el tratamiento con un fármaco AD es importante actualizar el tratamiento medicamentoso de base, y elegir un AD que no presente interacciones con los agentes antidiabéticos o los fármacos asociados y que tenga buena tolerancia cardiovascular. Intentar elegir un AD de toma única para con ello ayudar a que el enfermo se adhiera al régimen pautado.

En el diabético se aconseja la utilización de ISRS o IRNS (duales). La duloxetina está indicada en el tratamiento de la neuropatía diabética y es efectiva en el tratamiento de la depresión en estos sujetos⁵.

Depresión, dolor y síndromes dolorosos

La depresión se asocia frecuentemente a aquellos síndromes donde el dolor es síntoma dominante y persistente (artritis reumatoidea, dolor neuropático). Asimismo, el dolor y las molestias erráticas son síntomas frecuentes del trastorno depresivo, apareciendo, en mayor o menor intensidad, en el 60% de los pacientes. Dolor y depresión tienen una clara relación clínico-epidemiológica y como se sabe actualmente también neurofisiológica^{1,3}. Dolor y humor se regulan por vías serotoninérgicas y noradrenérgicas, de ahí que los fármacos duales (duloxetina, venlafaxina) que mejoran la transmisión de ambos sistemas sean los fármacos de elección del tratamiento de la depresión con síntomas físicos y/o dolorosos^{1,3}.

En AP son frecuentes estos pacientes, normalmente hiprefrecuentadores y con una historia de consumo crónico de analgésicos y BDZ. Tratar la depresión mejora la calidad de vida y la funcionalidad global.

Fibromialgia y depresión

La fibromialgia es un cuadro clínico complejo de difícil abordaje. Se asocia frecuentemente a una patología depresiva y ansiosa. La depresión empeora el pronóstico del enfermo y su funcionalidad. El enfermo fibromiálgico es muy frecuentador, suele estar polimedicado y tiende al abuso de sustancias, sobre todo analgésicos y BDZ.

Si el paciente presenta una patología depresiva asociada se recomienda el tratamiento con AD, siendo de primera elección los de mecanismo dual o IRNS¹. Algunos estudios señalan que los duales pueden ser eficaces en el tratamiento de la fibromialgia con o sin depresión asociada⁶. Los AC (gabapentina, pregabalina) están indicados para el tratamiento de base de la fibromialgia, si bien son menos

efectivos en el tratamiento de la depresión asociada. La combinación de terapia cognitiva conductual y antidepresivos es de elección en el tratamiento de la depresión en estos enfermos, y ayuda a mejorar el cuadro fibromiálgico de base^{1,4}. La amitriptilina en dosis bajas se utiliza para el tratamiento de la fibromialgia, pero a esas dosis no actúa sobre la depresión asociada.

Depresión y enfermedades debilitantes

La depresión se asocia frecuentemente a procesos médicos debilitantes y de larga evolución como son las enfermedades neurológicas (epilepsia, esclerosis múltiple, Parkinson, cerebrovasculares, demencia), gastrointestinales (síndrome del intestino irritable, colitis), enfermedades oncológicas y demás cuadros crónicos donde la aparición de sintomatología afectiva intensifica el malestar de estos enfermos.

Los AD junto a técnicas de ayuda psicoterápica mejoran la calidad de vida de estos enfermos. Los ISRS y los IRNS (duales) son fármacos de elección. Vigilar siempre la medicación de base del sujeto para evitar interacciones farmacológicas.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

A menudo nos enfrentamos a situaciones clínicas abigarradas o a pacientes atípicos en nuestras consultas diarias. Aplicar los principios generales de tratamiento, como aconsejan los tratados de las especialidades, resulta la mayoría de las veces difícil, ya que no contemplan al enfermo globalmente, centrándose más en lo particular de cada disciplina.

A continuación se comentan diferentes situaciones clínicas y se discuten posibles abordajes terapéuticos.

1) Paciente en tratamiento con un antidepresivo durante 4 semanas. No presenta mejoría de los síntomas de inicio e incluso refiere un empeoramiento de ellos. La adherencia es buena y no se aprecian estresantes nuevos. No existe consumo de alcohol y/o drogas.

Estos casos son frecuentes. Si tras la cuarta semana de tratamiento no ha aparecido una mejoría clara en la sintomatología del enfermo, la probabilidad de que el tratamiento sea eficaz tras un tiempo de espera de 6-8 semanas es realmente pequeña⁷.

Para muchos autores, si cuatro semanas después de haberse iniciado el tratamiento AD no existe una mejoría de los síntomas es aconsejable asociar una terapia psicológica tipo cognitivo-conductual, cambiar a otro AD o asociar un AD de mecanismo de acción diferente (fig. 1).

2) Paciente en tratamiento con AD2 con sintomatología depresiva persistente y sensación subjetiva de no mejoría. Inicialmente fue tratado con un AD1 diferente durante seis semanas. En total lleva 3 meses de tratamiento. No bebe alcohol, ni consume drogas o nuevos estresantes. Se encuentra de baja laboral.

Si el paciente no responde a dos antidepresivos de diferente mecanismo de acción (AD1 y AD2) utilizados individualmente al menos durante 4 semanas de trata-

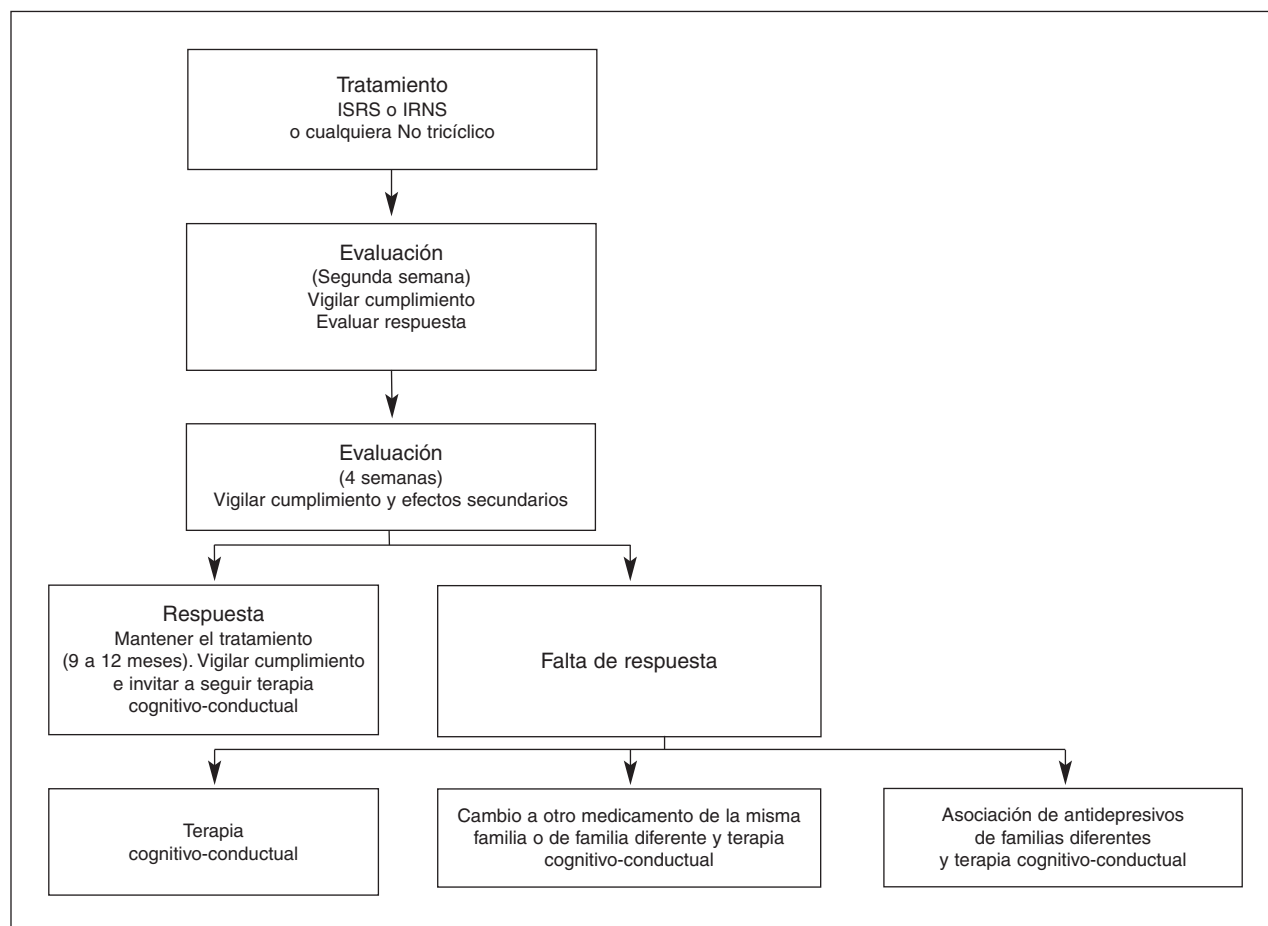


Figura 1. Flujo de actuación sugerida en Atención Primaria ante un paciente que tras cuatro semanas de tratamiento no responde positivamente (reducción, al menos, de un 50% de los síntomas). Todas las estrategias están avaladas experimentalmente. La terapia cognitivo-conductual puede iniciarse en cualquier fase del tratamiento antidepresivo, desde ya el inicio o como estrategia de reforzamiento.

miento, es aconsejable solicitar interconsulta al equipo de salud mental y solicitar un tratamiento psicoterapéutico cognitivo-conductual. Sin embargo, en estos casos el MF puede asociar al AD2 otro de diferente mecanismo o si el enfermo había sido tratado con ISRS cambiar a IRNS (duloxetina, venlafaxina) u otros fármacos de mecanismo de acción atípica (mirtazapina) (fig. 1).

3) Varón en tratamiento con ISRS durante los pasados 4 meses. Refiere disfunción eréctil (DE) y retraso en la eyaculación. Estos síntomas le son molestos. Como se encuentra animado y prácticamente asintomático te pregunta si es conveniente retirar la medicación.

La disfunción sexual producida por AD (sobre todo por ISRS) es un hecho frecuente en AP. Es causa de abandono precoz de tratamiento y dificulta el manejo terapéutico. Explorar abiertamente la función sexual, explicando que los AD producen este efecto que normalmente no deja secuelas, es importante y ayuda a tranquilizar al sujeto. Asimismo, hay que hacer entender al enfermo que suspender el tratamiento AD puede tener efectos perjudiciales a corto y largo plazo (recaída y tendencia a la cronicidad). Como terapia de la DE se pueden asociar al AD base fármacos tales como tadalafilo, sildenafil, etc. El cambio a AD

con menos alteración de la función sexual, tales como mirtazapina, trazodona y mianserina, también es otra de las estrategias terapéuticas ensayadas, si bien estos fármacos pueden producir aumento de peso. La anorgasmia, sobre todo en mujeres, es mucho más difícil de tratar y a menudo precisa intervención psicoterapéutica.

4) Mujer de 28 años en tratamiento antidepresivo durante los pasados cinco meses. Está embarazada. Te pide consejo sobre la medicación porque ha decidido tener el bebé. Una depresión no tratada durante el embarazo acarrea serias consecuencias tanto a la madre como al futuro bebé. La mayoría de los AD cruzan la barrera placentaria, habiéndose descrito diferentes alteraciones en el desarrollo fetal con alguno de los ISRS (paroxetina). No existen ensayos clínicos de AD en el embarazo (barrera ética), por lo que la mayor parte de los AD no tienen indicación de uso en estos casos. Como MF debemos hacer entender a la paciente estos riesgos y dar la información adecuada sobre la posible toxicidad de estos productos, máxima en el primer trimestre de la gestación. La fluoxetina es el AD más estudiado en embarazadas y presenta un bajo poder fetotóxico. Si la paciente está siendo tratada con otro AD podemos cambiar a fluoxetina y

solicitar una interconsulta al equipo de salud mental. Bajo ningún concepto debemos suprimir un tratamiento antidepresivo sin ofrecer alternativas.

Los cuadros de depresión postparto aparecen hasta en el 15% de las mujeres y pueden ser graves. Se deben tratar siempre. El MF puede iniciar un tratamiento AD y solicitar interconsulta al equipo de salud mental. La paciente y el bebé deben ser monitorizados. Los cuadros más graves deben ser tratados hospitalariamente. Si se nos presenta uno de estos casos debemos solicitar el ingreso hospitalario urgente de la paciente.

5) Anciano, hipertenso y diabético en tratamiento. Te consultan porque desde hace aproximadamente tres meses lo notan distraído, con olvidos frecuentes de cosas elementales, desaseado y muy nervioso. No quiere tomar la medicación y es un problema hacer que se levante de la cama.

En el anciano la depresión no siempre se manifiesta de manera típica, pudiendo expresarse en forma de deterioro cognitivo (pseudodemencia) o de manera paucisintomática en forma de abandono vital. Estos casos son frecuentes y por desgracia infradiagnosticados. Ante todo anciano con deterioro cognitivo o cuadros de abandono general, debemos primeramente descartar la organicidad (tiroidea entre otras) y/o iatrogenia medicamentosa.

La depresión debe de tratarse siempre. Se recomienda evitar el uso de BDZ por sus efectos secundarios (deterioro cognitivo, sedación con posibilidad de caídas) y/o fármacos AD con efectos anticolinérgicos (déficits cognitivos). Los ISRS son bien tolerados. Los IRNS (duales) también están indicados. Los estudios de utilización de AD en ancianos son difíciles, y por consiguiente escasos. Duloxetina ha sido ensayada y aporta resultados positivos tanto en el tratamiento de la depresión en el anciano como en la mejora de los déficits cognitivos asociados a ésta⁸. Si la agitación psicomotora nocturna y/o el insomnio son dominantes se pueden utilizar AD sedativos atípicos (mianserina o trazodona) o bien asociar al AD elegido dosis pequeñas de neurolepticos. Valorar siempre la inclinación al suicidio en el anciano, ya que las tasas de conducta suicida en la población mayor son altas.

6) Paciente que te consulta sobre su hijo de 16 años. Lo observa muy distante y malhumorado. En este trimestre ha suspendido 6 de las 8 asignaturas. No quiere hablar del caso y se ha negado a que lo lleve al pediatra alegando que él no va a un médico de niños.

La depresión en edades juveniles suele manifestarse con alteraciones conductuales diversas. El consumo de alcohol

y drogas y los problemas emocionales y de relación son frecuentes. Estos cuadros son de tratamiento exclusivamente especializado, por lo que hay que derivar al paciente al equipo de salud mental tan pronto como se sospeche. La tendencia actual es tratarlos con terapia cognitivo-conductual y utilizar AD si no hay respuesta. La depresión infanto-juvenil hay que considerarla siempre de alto riesgo por su alto nivel de conducta suicida.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO

Más del 45% de los pacientes en AD abandona el tratamiento tan pronto como empieza a sentirse la mejoría, y menos del 30% contempla el tratamiento durante el tiempo indicado. Es todavía un error frecuente confundir el concepto de respuesta (empieza la mejoría) con remisión (han desaparecido todos los síntomas) y permitir directa o indirectamente el abandono de la medicación en estas fases iniciales.

El MF debe tomar conciencia de estos datos y transmitirlos a los pacientes en un lenguaje que les permita entender las consecuencias a corto y largo plazo.

La utilización de modernos AD aporta mayor seguridad, permite alcanzar mayores tasas de remisión sintomática (física, emocional y de ansiedad), favorecen la adherencia terapéutica y el mejor control global de la depresión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mann JJ. The medical management of depression. *N Engl J Med*. 2005;353:1819-34.
2. Sartorius N, Ustun TB, Leucrubier Y, Wittchen HU. Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996; (30):38-43.
3. Sthal SM. *Essential psychopharmacology of depression and bipolar disorder*. 1st ed. Cambridge University Press; 2000.
4. Stuart J, Blecke D, Remfrow M. Cognitive therapy for depression. *Am Fam Physician*. 2006;73(1):83-6.
5. Raskin J, Prietche YL, Wang F, D'Souza DN. 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.
6. Arnold LM, Lu Y, Crofford LJ, Wholreich M. 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.
7. Mitchel AJ. Two-week delay in onset of action of antidepressants: new evidence. *Br J Psychiatry*. 2006;88:105-6.
8. Raskin J, Curtis G, Wiltse, et al. Efficacy of duloxetine on cognition, depression and pain in elderly patients with major depressive disorder: An 8-week, double-blind, placebo controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(6):900-9.