

## *Antidepresivos: ¿cuándo son analgésicos y cuándo antidepresivos?*

Cada día, afortunadamente, nos vamos encontrando que las principales revistas que estudian o tratan el dolor dedican más atención a uno de sus aspectos más olvidados, sin que por ello haya dejado o no haya sido nunca importante, nos estamos refiriendo al componente emocional.

Es necesario, precisamente en estos momentos en los que se le está prestando más atención a este componente, precisar de qué estamos hablando cuando nos referimos de componente emocional. Tendríamos que preguntarnos si detectar mediante un estudio el denominado “componente emocional” es igual a detectar o determinar el “componente afectivo” en todos los casos.

Puede que para algunos ambas cosas sean lo mismo pero, en realidad no es así. La afectividad es el conjunto de estados y tendencias que el individuo vive de forma propia e inmediata, que influyen en su personalidad y conducta y que por lo general se distribuyen en términos duales como placer-dolor o alegría-tristeza. En cambio, las emociones y el estado de ánimo, o humor, son dos tipos de afectos con sus propias características si bien es posible que en algunas ocasiones ambas aparezcan entremezcladas (p. ej., ansiedad crónica). Así como la emoción constituye una respuesta transitoria del individuo, el estado de ánimo corresponde a una predisposición de sensibilidad emocional.

La dificultad para definir la afectividad y la disparidad de criterios, motivos para que con frecuencia se hable de forma genérica de trastorno del humor o de las emociones mientras que otras ocasiones se estudia directamente a través de los síntomas como ansiedad y depresión, no es óbice para confundir y no diferenciar un estado depresivo moderado o grave con el “componente emocional” del dolor, en aquellos casos de dolor crónico de media o larga duración. El abordaje terapéutico en estos casos puede ser muy diferente.

Los antidepresivos son un amplio grupo de fármacos, estructuralmente muy heterogéneos entre sí, pero con un mecanismo de acción muy similar, salvo excepciones. Esta circunstancia puede confundir a los no especialistas, ya que pueden considerar que “es igual” que se prescriba uno u otro porque todos hacen lo mismo. Esto no es en absoluto cierto y además, es menos cierto cuando usamos los antidepresivos como coadyuvantes analgésicos. En estos casos, hay una cierta tendencia a prescribir el antidepresivo “menos molesto”, es decir: el antidepresivo que me ofrece más garantías de ocasionar menos efectos indeseables, el que se puede administrar en una sola toma y aquel del que hay alguna evidencia de que puede tener o tiene efecto analgésico intrínseco.

Si atendemos a la primera circunstancia, es decir, a ocasionar menos efectos indeseables, tendríamos que descartar a los antidepresivos tricíclicos y particularmente

a la amitriptilina. Pero, no creo que nadie esté de acuerdo con esta afirmación, ya que este antidepresivo sigue siendo el más prescrito a los pacientes con dolor.

Si atendemos ahora a la segunda premisa, el que se pueda administrar en una sola toma, tendríamos que recurrir al uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina o a los denominados “mixtos” (inhiben tanto recaptación selectiva de noradrenalina como de serotonina), pero en estos casos, no hay suficiente evidencia ni científica, ni clínica, que demuestre que estos antidepresivos son superiores a los tricíclicos como coadyuvantes analgésicos, más aún, existe la evidencia contraria. ¿Dónde está entonces el criterio óptimo, científico y clínico, basado en la evidencia, para el uso de antidepresivos en el tratamiento del dolor crónico?

La respuesta hay que buscarla en la diferencia que existe entre componente emocional por un lado, existencia de depresión grave o moderada por otro y tipo de antidepresivo que estamos utilizando.

El antidepresivo, en el contexto de un proceso doloroso crónico, puede ser utilizado como coadyuvante analgésico cuando se asocia a analgésicos habituales, es decir opiáceos o AINE, y en estos casos se puede facilitar la analgesia por un simple proceso de sumación o sinergia de potenciación de mecanismos farmacológicos, sin que en estos casos estemos hablando del antidepresivo como tal antidepresivo, si no más bien como inhibidor de la recaptación de monoaminas. Este sería el caso de administrar 10 o 25 mg de amitriptilina. En ningún caso, esta dosis tiene efecto antidepresivo, por tanto aquí la amitriptilina no actúa como un antidepresivo al uso, es más bien un inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina que favorece la acción del opiáceo o del AINE (por mecanismos aún no aclarados).

El problema viene cuando el paciente que tenemos enfrente, no es que se encuentre afectiva o emocionalmente alterado por causa de su proceso doloroso crónico, si no que tiene una auténtica depresión, un cuadro clínico moderado o grave que si evaluamos con las escalas pertinentes puntúa de manera clara en ítems diversos somáticos o emocionales. ¿Qué tenemos que hacer en estos casos? Lo primero consultar con nuestros colegas los psiquiatras y psicólogos de la unidad y después, prescribir un tratamiento antidepresivo contundente. Empleamos la palabra “contundente” para referirnos a la acción de administrar el antidepresivo más adecuado a su auténtico estado depresivo, y hacerlo a “dosis auténticamente antidepresivas”, que están muy lejos, en muchos casos, de las dosis cuando el antidepresivo se utiliza como coadyuvante. Sólo con este protocolo de prescripción antidepresiva podremos, y no en todos los casos, atajar el problema afectivo-emocional grave de nuestro paciente con dolor crónico.

Como se cita en el artículo del Dr. Rodrigo y sus colaboradores en el número actual de nuestra revista, el suicidio puede estar al acecho de algún paciente con dolor crónico grave y depresión asociada también grave. En estos casos, como se demuestra en este artículo, el uso de un antidepresivo adecuado, a las dosis adecuadas, y por un tiempo adecuado, puede conducir al paciente a hacer más llevadero el proceso oncológico o neuropático o de otra índole que le hunde en el dolor y la desesperación.

**J. A. Micó y J. Elorza<sup>1</sup>**

Catedrático de Farmacología. Departamento de Neurociencias, Farmacología y Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz

<sup>1</sup>Psiquiatra Facultativo Especialista de Área. Unidad de Salud Mental.

Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz

Servicio Andaluz de Salud